Santé Canada Health Canada

Entraves au dépistage :

Recension critique de la littérature (1990-1995)

Canada

+10

102-06327/

Entraves au dépistage : Recension critique de la littérature (1990-1995)

W. E. THURSTON, PhD[1]
C. M. SCOTT, Msc[2]

Avril 1995

1. Département des sciences de la santé communautaire, Université de Calgary
2. CST Consulting, Lethbridge, Alberta

Notre mission est d'aider les Canadiens et les Canadiennes
à maintenir et à améliorer leur état de santé.
Santé Canada

Also available in English under the title: *Barriers To Screening: A Critical Review of The Literature (1990-1995)*

© Ministre des Approvisionnements et Services Canada, 1996
N° de cat. H39-347/1995F
ISBN 0-662-8083[illegible]-9

Préface

Nous avons passé en revue la littérature publiée entre 1990 et 1995 sur le dépistage dans neuf domaines afin d'évaluer l'état des connaissances actuelles et de cerner les domaines devant faire l'objet de recherches plus poussées. Nous avons trouvé quelques recensions, mais aucune ne portait sur un éventail aussi vaste de sujets. Nous nous sommes limités à cette période quinquennale et aux articles publiés en langue anglaise en raison des contraintes de temps et des ressources limitées qui nous étaient imposées et parce que nous étions d'avis que la littérature la plus récente rendrait compte des progrès réalisés jusqu'en 1990. Ainsi, le présent document ne vise pas à fournir une revue complète de la littérature se rapportant aux entraves au dépistage, mais donne un aperçu de la littérature existante et définit les thèmes communs qui sont ressortis dans le cadre de cette recherche. Bien que nous reconnaissions les limites de la présente étude, nous avons trouvé la démarche très instructive et espérons que d'autres trouveront une utilité au rapport.

De façon générale, les recherches effectuées au cours des années 1980 sur les comportements liés à la santé ont fourni un important corpus de connaissances qui ont été appliquées dans de nombreuses situations. En outre, le domaine de la promotion de la santé nous a permis de mieux comprendre les déterminants de la santé de même que la nécessité de recherches pluridisciplinaires et d'interventions à plusieurs volets pour permettre aux populations d'améliorer leur état de santé. Dans le présent rapport, nous présentons les cadres et les modèles théoriques qui servent de fondement à la recherche sur les comportements à l'égard du dépistage. A partir de la recension de la littérature, nous avons relevé les entraves au dépistage, tant au niveau individuel que systémique, pour neuf maladies ou problèmes socio-sanitaires. Nous avons rendu compte des questions méthodologiques découlant de cette recension et discuté ensuite des recherches futures qui devraient être effectuées.

Parmi les thèmes relevés dans le cadre de la présente recherche, il faut mentionner l'omission de fonder les recherches ou les interventions sur des bases théoriques. Bien que la recherche portant sur le cancer du sein et le cancer du col utérin reposait plus souvent sur des assises théoriques, la majorité des études n'indiquaient pas la théorie du comportement sur laquelle était fondée leur étude des comportements liés à la santé. L'absence de fondement théorique s'étendait également aux variables utilisées pour représenter les entraves au dépistage. S'il est vrai qu'on a observé une certaine cohérence dans les études, chacune avait tendance à mesurer de façons différentes les entraves au dépistage. Les enquêtes représentaient le plan d'étude le plus utilisé. Indépendamment de la question étudiée, les entraves systémiques semblaient jouer un rôle plus important que les entraves individuelles.

Nos conclusions peuvent être résumées de la façon suivante: aucune entrave ne peut être considérée comme bien élucidée et, par conséquent, il existe un grand besoin de recherches concertées et pluridisciplinaires reposant sur les principes de la promotion de la santé.

Table des matières

Section I : Modèles ou cadres théoriques de base 1

I Introduction 1

II Recension de la littérature selon la nature du dépistage 1

A Cancer du sein 1
B. Cancer du col utérin 4
C. Cancer de la prostate 5
D. Cancer colorectal 5
E. Facteurs de risque de maladies cardiovasculaires 5
F. VIH 6
G. MTS 6
H. Mauvais traitements infligés aux adultes 6
I. Mauvais traitements infligés aux enfants 6

III Sommaire 6

Section II : Facteurs qui entravent ou favorisent le dépistage 8

I Introduction 8

II Facteurs systémiques qui entravent ou facilitent la formation de l'intention et l'action 8

A. Facteurs inhérents au patient 8
1. Cancer du sein 8
2. Cancer du col utérin 9
3. Cancer de la prostate 9
4. Cancer colorectal 9
5. Facteurs de risque de maladies cardiovasculaires 9
6. VIH 9
7. MTS 9
8. Mauvais traitements infligés aux adultes 9
9. Mauvais traitements infligés aux enfants 9

B. Facteurs inhérents au pourvoyeur de soins 12
1. Cancer du sein 12
2. Cancer du col utérin 13
3. Cancer de la prostate 15
4. Cancer colorectal 15
5. Facteurs de risque de maladies cardiovasculaires 15
6. VIH 16
7. MTS 16
8. Mauvais traitements infligés aux adultes 17
9. Mauvais traitements infligés aux enfants 17

III Facteurs personnels qui entravent ou facilitent la formation de l'intention et l'action 18

A. Facteurs inhérents au patient 18
1. Cancer du sein 18
2. Cancer du col utérin 19
3. Cancer de la prostate 20
4. Cancer colorectal 20
5. Facteurs de risque de maladies cardiovasculaires 21
6. VIH 21
7. MTS 21
8. Mauvais traitements infligés aux adultes 22
9. Mauvais traitements infligés aux enfants 22

B. Facteurs inhérents au pourvoyeur de soins 22
1. Cancer du sein 22
2. Cancer du col utérin 23
3. Cancer de la prostate 24
4. Cancer colorectal 24
5. Facteurs de risque de maladies cardiovasculaires 24
6. VIH 24
7. MTS 25
8. Mauvais traitements infligés aux adultes 25
9. Mauvais traitements infligés aux enfants 26

VI Sommaire 26

A. Variabilité dans la littérature 26
B. Thèmes communs 27
C. Entraves systémiques par opposition aux entraves personnelles . . 29

Section III : Interventions 30

I Introduction 30

II Interventions s'adressant aux patients et aux pourvoyeurs de soins . . . 30

A. Cancer du sein 30
B. Cancer du col utérin 33
C. Cancer de la prostate 33
D. Cancer colorectal 34
E. Facteurs de risque de maladies cardiovasculaires 34
F. VIH et G. MTS 35
H. Mauvais traitements infligés aux adultes 35
I. Mauvais traitements infligés aux enfants 35

III Sommaire 36

Section IV : Considérations méthodologiques 37

I Introduction 37

II Questions de recherche 37

III Plan de recherche 39

A. Biais d'échantillonnage 39
B. Opérationnalisation 39
C. Mise en oeuvre 40
D. Sélection des méthodes 40
E. Études d'évaluation 40

IV Sommaire 41

Section V : Besoins futurs en recherche 42

I Introduction 42

II Modèles ou cadre théorique 42

III Principales lacunes dans les connaissances 43

A. Théorie 43
B. Système de soins de santé 43
C. Populations ayant des besoins particuliers 44
D. Explication des entraves 44

IV Considérations méthodologiques 45

A. Pertinence des questions 45
B. Échantillonnage 45
C. Utilisation de méthodes adaptées 46
D. Études d'évaluation 46

V Sommaire 46

Section VI : Résumé des recommandations pour la recherche canadienne . . . 47

I Introduction 47

II Priorités en ce qui concerne le contenu 47

III Priorités méthodologiques 48

IV Principes administratifs 49

Bibliographie 50

Annexe A : Cadres et modèles théoriques 65

Annexe B : Codes de recherche utilisés pour le dépouillement des publications 70

Section I
Modèles ou cadres théoriques de base

I Introduction

Dans le présent chapitre, nous traiterons de l'utilisation de théories et de modèles ou cadres théoriques dans la littérature portant sur les entraves au dépistage de neuf problèmes particuliers. Cette analyse sera suivie d'une récapitulation globale dans laquelle nous ferons ressortir les possibilités d'appliquer ces théories et modèles ou cadres ainsi que les avantages et limites de chacun.

Selon Kerlinger (cité dans Glanz, Lewis et Rimer, 1990, p. 21), une théorie est «un ensemble de constructions (concepts), définitions et propositions interreliées qui donnent une vision systématique du phénomène en précisant les relations entre les variables, dans le dessein d'expliquer et de prévoir le phénomène» (TRADUCTION). «En faisant la lumière sur le comment et le pourquoi, les théories peuvent inspirer les programmes» (TRADUCTION) (Glanz, Lewis et Rimer, 1990, p. 21). On utilise souvent le mot «théorie» pour décrire ce qui est, en fait, un modèle ou un cadre. Une telle distinction peut sembler oiseuse aux yeux des praticiens, mais la recherche ne saurait contribuer à l'essor de connaissances utiles dans la pratique que si les chercheurs sont soucieux de rendre intelligibles des variables multiples et complexes, et tel est le champ où s'exerce l'élaboration de théories. En outre, les percées les plus importantes ne pourront qu'être le fruit de la collaboration entre les chercheurs et les praticiens.

II Recension de la littérature selon la nature du dépistage

A. Cancer du sein

Bandura (cité par Glanz, Lewis et Rimer, 1990, p. 22) affirme que «les théories sont interprétées de différentes façons selon le stade de développement du champ d'étude. Dans les disciplines avancées, les théories intègrent des lois; dans les sphères moins avancées, les théories définissent les déterminants qui régissent le phénomène à l'étude» (TRADUCTION). Glanz, Lewis et Rimer (1990) sont d'avis que la dernière définition du mot «théorie» s'applique au domaine des comportements liés à la santé, vu que ce champ d'étude est encore relativement jeune.

Parmi les articles recensés dans le présent rapport, rares sont ceux où les auteurs ont avoué s'être fondés sur des théories, des modèles ou des cadres pour analyser les comportements liés à la santé. Lorsqu'il est fait mention d'un fondement théorique, le modèle le plus largement utilisé est le modèle de croyance face à la santé (*Health Belief Model, HBM*) (voir annexe A). Ce modèle n'a toutefois guère été utilisé avec cohérence. Bien que le *HBM* comporte cinq dimensions fondamentales (la susceptibilité perçue, la gravité perçue, les avantages perçus, les

entraves perçues et la motivation à l'égard de la santé) (Rosentock, Strecher et Becker, 1988, p. 175), certains chercheurs se sont servis de ce modèle pour évaluer d'autres aspects.

Outre l'inclusion de dimensions non validées de la croyance face à la santé, l'opérationnalisation de chaque dimension du *HBM* varie d'une étude à l'autre. Le tableau 1 décrit dix-huit constructions distinctes et fait état de l'ampleur de leur utilisation dans neuf études différentes portant sur les entraves au dépistage du cancer du sein, études dont les auteurs indiquent explicitement qu'ils ont eu recours à un modèle. Ainsi, alors que Zapka, Harris, Stoddard et Constanza (1991) ont utilisé le coût de la mammographie, les sentiments de gêne, la crainte de la douleur et les inquiétudes à l'égard de l'exposition aux rayonnements comme des indicateurs d'entraves, Murray et McMillan ont eu recours aux énoncés suivants dans un but identique : «Je n'aime tout simplement pas les médecins ni les hôpitaux», «Le médecin pourrait croire que je viens l'embêter pour des riens», «Les épreuves et l'examen pourraient être désagréables ou douloureux», «J'aurais peur des résultats; si réellement quelque chose ne va pas, je préférerais ne pas le savoir», «J'aurais peur de devoir subir une opération», «Selon le problème qui serait décelé, le traitement pourrait porter atteinte à mon apparence physique», «Si quelque chose n'allait pas, je pourrais devenir un fardeau pour ma famille» et «Si quelque chose n'allait pas, je risquerais de devenir handicapé ou de perdre mon emploi» (Murray et McMillan, 1993, p. 96).

Il est arrivé qu'on établisse un lien, par extension, entre le *HBM* et d'autres dimensions afin de prévoir le comportement lié à la santé. Dans une étude réalisée en 1989, Burack et Liang ont élaboré un questionnaire qui comportait des mesures des connaissances et de l'utilité (Burack et Liang, 1989). Calnan s'est servi du souci de la santé, de la consultation du dentiste et du recours antérieur au dépistage du cancer du sein comme indicateurs de la motivation à l'égard de la santé (*Health Motivation*), alors que Murray et McMillan (1993) ont évalué la participation à cinq activités : l'exercice physique, une meilleure alimentation, la perte de poids, la réduction de la consommation de café et la réduction de la consommation d'alcool. L'écart observé entre ces définitions opérationnelles corrobore le point de vue de Kegeles (cité dans Calnan, 1984), qui estime que le *HBM* ne repose pas sur un cadre théorique cohérent.

McBride, Curry, Taplin, Anderman et Grothaus (1993) ont associé le *HBM* et la théorie de l'apprentissage social (*Social Learning Theory, SLT)* (voir annexe A) pour créer un modèle heuristique. Même si la pertinence de ce modèle n'était pas corroborée par leurs données, ils ont conclu que le modèle devait de nouveau être mis à l'essai. On pourrait aussi bien conclure qu'il doit être modifié.

Table 1: Constructions représentant des entraves selon le modèle de croyance face à la santé - 9 études sur le dépistage du cancer du sein

	Numéro de l'étude								
Construction	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**
Coût	X	X	X			X			
Dérangement							X		
Temps	X			X					
Urgence du besoin	X								
Gêne		X	X	X					
Confusion									X
Peur		X	X						
Fausses alertes									X
Peur des rayonnements		X				X	X		
N'aime pas médecins			X						
Médecin pense que le problème est bénin			X				X		
Peur des résultats			X	X		X			
Peur de l'opération			X						
Traitement portant atteinte à l'apparence physique			X						
Fardeau pour la famille			X						
Devenir handicapée			X						
Pas de médecin attitré					X				
Peur du traitement						X			

1. Baumann, Brown, Fontana et Cameron (1993)
2. Zapka, Harris, Stoddard et Constanza (1991)
3. Murray et McMillan (1993)
4. Champion (1994)
5. Fulton, Buechner, Scott, DeBuono, Feldman, Smith et Kovenock (1991)
6. Burack et Liang (1989)
7. Aiken, West, Woodward et Reno (1994)
8. McBride, Curry, Taplin, Anderman et Grothaus (1993)
9. Hill, Gardner et Rassaby (1985)

La faible valeur prédictive de ces modèles témoigne de cette incapacité de conceptualiser, opérationnaliser et valider les constructions utilisées pour mesurer les comportements liés à la santé. En 1984, Calnan a fait état d'une étude au cours de laquelle on avait utilisé le *HBM* pour prédire la présence à une clinique de mammographie ou à un cours d'auto-examen des seins. La valeur prédictive du *HBM* était faible, résultat qui concorde avec les études antérieures. Aiken, West, Woodward et Reno (1994) sont arrivés à la même conclusion que Calnan (1984), à savoir que le *HBM* ne rendait guère compte de l'écart entre les femmes qui se présentaient et celles qui ne se présentaient pas aux séances de dépistage par mammographie. Bien que le *HBM* ait été plus largement utilisé que les autres modèles, sa valeur n'est pas clairement établie.

Cette incapacité de conceptualiser et de valider clairement les constructions qui mesurent les comportements liés à la santé est également manifeste lorsque d'autres modèles sont utilisés. Ainsi, Baumann, Brown, Fontana et Cameron (1993) ont eu recours au modèle de Triandis pour décrire les entraves comme des constructions qui comprennent aussi bien les conditions socio-environnementales que les considérations relatives aux assurances. Ils n'ont toutefois pas défini l'assise théorique des constructions qu'ils avaient utilisées.

B. Cancer du col utérin

Il existe peu d'études sur le dépistage du cancer du col utérin qui font appel à des modèles et à des cadres théoriques pour décrire les comportements liés à la santé, mais c'est le *HBM* qui est le plus largement utilisé. Les auteurs de deux des trois articles qui font état de l'utilisation du *HBM* ont reconnu avoir combiné les dimensions et les constructions de ce modèle à celles de la théorie de l'action motivée (*Theory of Reasoned Action, TRA*) (Hill, Gardner et Rassaby, 1985; Henning et Knowles, 1990) (voir annexe A). Hill, Gardner et Rassaby (1985) préconisent l'utilisation de tels modèles mixtes, qui permettent d'acquérir une compréhension plus globale des comportements liés à la santé. Si la valeur intrinsèque de ces modèles généraux du comportement lié à la santé est manifeste, il y a lieu de s'interroger sur la validité des méthodes utilisées pour élaborer ces modèles. Henning et Knowles (1990) ont utilisé le questionnaire mixte (associant le *HBM* et la *TRA)* conçu par Hill, Gardner et Rassaby, afin de déterminer s'il permettait de prévoir l'intention des femmes âgées de 40 ans et plus de subir le test de Papanicolaou. Même si leurs résultats révèlent que la *TRA* et le *HBM* n'ont rendu compte, respectivement, que de 12 % et 27 % de l'écart dans les intentions, les auteurs affirment que chaque modèle est un bon prédicteur de l'intention (Henning et Knowles, 1990, pp. 1612 et 1617). Comparant leurs résultats à ceux de Hill, Gardner et Rassaby (1985), Henning et Knowles soulignent que si la valeur prédictive de la *TRA* n'est pas la même dans les deux études (respectivement 26 % et 12 %), cet écart pourrait être imputable aux différences d'âge entre les deux populations à l'étude; dans l'étude de Hill, Gardner et Rassaby, l'âge moyen des femmes était de 34 ans (1985, p. 61), alors que Henning et Knowles ont étudié des femmes de 40 ans et plus. La valeur prédictive du *HBM* était analogue dans les deux études. Ces comparaisons révèlent que la valeur prédictive des deux modèles était faible, indépendamment des populations étudiées.

Palos (1994) décrit l'utilisation de modèles théoriques dans la conception de programmes de dépistage. Dans cet article, il préconise le recours à une combinaison de stratégies pour influencer les comportements des populations ethniques à l'égard du dépistage du cancer du col utérin. Le programme auquel il fait référence s'adressait expressément aux femmes hispaniques, en particulier celles de 55 ans et plus, vivant au Texas. L'auteur a associé des éléments du *HBM*, de la théorie de l'apprentissage social (*SLT*), de la théorie de la diffusion, de la planification sociale et du marketing social pour mettre au point un programme de dépistage adapté aux préoccupations intrapersonnelles, interpersonnelles et communautaires de cette population ethnique (p.111). Le *HBM* et la *SLT* évaluent, respectivement, les facteurs intrapersonnels et interpersonnels qui ont une incidence sur les comportements liés au dépistage. En raison des taux d'utilisation, ce programme a été considéré comme un succès, mais on peut difficilement déterminer dans quelle mesure chaque composante du modèle en est responsable.

C. Cancer de la prostate

Aucune étude trouvée

D. Cancer colorectal

Hoogewerf, Hislop, Morrison, Burns et Sizto (1990) ont étudié les croyances face à la santé et la participation au dépistage de sang occulte dans les selles. Ces chercheurs ont indiqué que le *HBM* était un moins bon prédicteur de la participation que l'âge. Encore une fois, on peut difficilement établir de comparaison entre cette étude et une étude réalisée par Price (1993), car il n'y a guère de similitudes entre les deux sur le plan de la conceptualisation des «entraves».

E. Facteurs de risque de maladies cardiovasculaires

Murdaugh et Verran (1987) ont associé les constructions et les concepts du *HBM* et de la théorie de l'apprentissage social à des activités de sensibilisation à la valeur de la santé et de soins de santé pour élaborer le modèle de prévention (*Preventive Health Model*, p. 284). Ils ont mis à l'essai et élargi leur théorie pour prédire les indicateurs physiologiques des comportements préventifs sur le plan cardiovasculaire. Un échantillon restreint de 41 sujets a rempli un questionnaire qui reflétait les concepts associés à trois étapes et permettait de prévoir une quatrième étape, «les résultats physiologiques». À l'étape 1, on évaluait la construction «situation psychologique» en utilisant des concepts liés aux entraves aux comportements liés à la santé et aux avantages de ces derniers.
L'enchaînement de causalité de ce modèle permet de prévoir que la situation psychologique aura une influence positive sur les attentes et le renforcement à l'étape 2, le comportement à l'étape 3 et, par conséquent, les gains physiologiques à l'étape 4. Les instruments utilisés pour évaluer les constructions à chacune des trois étapes s'inspiraient d'échelles préexistantes et d'une recension de la littérature portant sur les constructions à chaque étape. Bien qu'on ait utilisé un taux de signification de 0,15, les concepts ne permettaient de rendre compte que

d'une faible proportion de l'écart à chaque étape, et on ne pouvait donc pas les considérer comme des prédicteurs des indicateurs physiologiques des comportements préventifs sur le plan cardiovasculaire.

Krieidler, Campbell, Lanik, Gray et Conrad (1994) signalent que la facilité avec laquelle le sujet accepte de modifier un comportement n'est pas utilisée actuellement comme modèle pour la pratique ou la recherche dans le domaine des soins infirmiers en gérontologie. Ces chercheurs ont donc réalisé une étude sur le terrain dans le cadre de laquelle ils ont appliqué la théorie des étapes du changement (*Stages of Change Theory*) à un programme d'évaluation de la tension artérielle, l'objectif étant de préciser le rôle que les pourvoyeurs de soins devraient jouer pour faciliter le processus de modification comportementale. La réalisation de cette étude reposait sur la prémisse selon laquelle les sujets ne renoncent à des comportements établis et, par conséquent, n'acceptent de les modifier, que s'ils sont dans une certaine mesure insatisfaits de leur état de santé. Il y a lieu toutefois de considérer avec circonspection cette interprétation de la théorie des étapes du changement.

F. VIH

Aucune étude trouvée

G. MTS

Aucune étude trouvée

H. Mauvais traitements infligés aux adultes

Aucune étude trouvée

I. Mauvais traitements infligés aux enfants

Aucune étude trouvée

III Sommaire

Des données solides plaident en faveur de l'utilisation de cadres théoriques pour décrire des comportements (Glanz, Lewis et Rimer, 1989). En utilisant des cadres et des modèles validés, dont la capacité de prédire des comportements est établie, les chercheurs sont en mesure de comparer les données de différentes études et, du même souffle, de faire des prévisions fiables concernant les facteurs qui influent sur les comportements. Ces cadres ou modèles sont donc des instruments qui peuvent orienter avec justesse l'élaboration des politiques et des programmes. Malheureusement, dans la majorité des études recensées dans le présent document, les chercheurs utilisaient des modèles dont la capacité de prédire les comportements liés à la santé laissait à désirer, ou n'utilisaient ni cadre ni modèle pour décrire les comportements à l'étude.

L'élaboration d'une théorie structurée du comportement préventif s'inspire des démarches analogues entreprises dans un certain nombre de secteurs fondamentaux (p. ex., entité morbide, nature de l'épreuve, caractéristiques de la population, questions culturelles, caractéristiques des pourvoyeurs de soins). Les théories structurées qui ont été conçues dans cet esprit fourniront une base plus fiable, dont on pourra se servir pour produire des modèles permettant de prédire les comportements préventifs. Certains auteurs (Hill, Gardner et Rassaby, 1985) prônent le recours à des modèles mixtes, de façon à acquérir une compréhension plus globale des comportements liés à la santé. Si, toutefois, (comme c'est le cas pour le *HBM*) les études réalisées dans un certain nombre de domaines fondamentaux indiquent que la capacité du modèle de prédire le comportement laisse à désirer, il importe de réexaminer la théorie sous-jacente à l'élaboration de ce dernier, plutôt que lui associer d'autres modèles, dans un effort pour créer un nouveau modèle ayant une valeur prédictive supérieure.

Section II
Facteurs qui entravent ou favorisent le dépistage

I Introduction

L'objet de la présente section consiste à décrire les entraves relevées dans la littérature et à évaluer les tendances et les thèmes communs. Les facteurs qui influent sur le recours au dépistage par les patients et les pourvoyeurs de soins peuvent être perçus négativement comme des entraves, mais ils peuvent également être considérés comme des incitations lorsqu'ils le favorisent. Un faible revenu, par exemple, pourrait être une entrave tandis qu'un revenu élevé serait un facteur incitatif. Les facteurs qui entravent et ceux qui favorisent le recours au dépistage peuvent influer sur le patient qui doit subir le test, le professionnel de la santé qui doit orienter le patient pour lui faire subir le test ou lui fait subir lui-même, ou les deux. La littérature sur les comportements liés à la santé laissent entendre que ces deux types de facteurs peuvent influer sur l'issue à deux moments : quand l'intention d'agir est formée et quand la décision de donner suite à l'intention est prise. En outre, les facteurs qui entravent ou favorisent le dépistage peuvent intervenir au niveau individuel ou être inhérents au système (systémiques) (Mullen, Hersey, et Iverson, 1987; Prochaska et Diclemente, 1986; Salazar,1991).

Dans cette section, nous nous pencherons sur les entraves et le incitations systémiques et individuelles relevées dans la littérature, pour les patients et les pourvoyeurs de soins et relativement à neuf maladies ou problèmes socio-sanitaires. Le terme pourvoyeurs de soins englobe ici les professionnels de la santé de même que les personnes responsables de l'éducation publique, de l'action sociale et ainsi de suite. Le terme patient désigne la personne à qui s'adresse le dépistage. S'il est vrai que certains facteurs jouent le rôle d'entrave alors que d'autres revêtent un caractère incitatif au niveau individuel, il reste que ces facteurs s'inscrivent dans un contexte sociai et, par conséquent, sont inclus dans les facteurs systémiques (p. ex., les attitudes et le soutien social). Nous avions d'abord l'intention d'examiner les entraves à la formation de l'intention puis de nous pencher sur celles qui s'opposent à l'action; mais nous avons rarement trouvé cette distinction dans la littérature, c'est pourquoi nous avons abandonné cette approche en faveur d'un examen combiné plus efficient.

La présente section sera suivie d'un résumé des observations générales.

II Facteurs systémiques qui entravent ou facilitent la formation de l'intention et l'action

A. Facteurs inhérents au patient

1. Cancer du sein

Saint-Germain, Bassford et Montano (1993) ont établi que l'absence de soutien social représentait une entrave majeure au dépistage chez les femmes âgées d'origine hispanique. Le soutien social était perçu comme un élément indispensable pour faire face aux difficultés personnelles et sociales associées à une maladie comme le cancer. L'absence de soutien social se traduisait par une tendance à la temporisation, un manque de motivation et par un refus de savoir si l'on est atteint de cancer. La motivation est étroitement liée à l'intention (Calnan, 1984).

Parmi les variables dites systémiques qui influent sur le patient, il faut mentionner : l'absence de services de garde d'enfants et de moyens de transport, et la pauvreté (Black et Ades, 1994). L'absence de moyens de transport représentait une entrave particulièrement importante pour les femmes vivant en milieu rural. Quant au travailleuses, elles ont indiqué que le manque de temps et de services de garde comme des obstacles très importants (Rubenstein, 1994).

Le fait de connaître le test de dépistage ne se traduit pas nécessairement par la formation d'une intention personnelle. Selon les résultats de sept enquêtes américaines réalisées auprès de femmes blanches non hispaniques entre 1988 et 1989, la raison invoquée le plus souvent par ces femmes pour ne pas subir une mammographie était qu'elles n'y avaient pas pensé, ou qu'il n'y avait pas de problème, ou les deux. La plupart de ces femmes avaient entendu parler de la mammographie *(NCI Breast Cancer Screening Consortium, 1990)*. Une enquête réalisée auprès d'un échantillon aléatoire de la population en Ontario a également permis d'établir que 37 % des femmes âgées de 50 à 69 ans croyaient que la mammographie n'était pas nécessaire alors que 17 % des répondantes estimaient que ce test de dépistage ne s'adressait pas à elles (Perreault et coll., 1994). En outre, l'effet des messages concernant les avantages ou les services de dépistage s'atténue si ces messages ne sont pas répétés dans le temps (Rubenstein, 1994).

Fulton et coll. (1991) ont observé que les taux de mammographies de dépistage augmentaient en fonction du revenu. Les taux de dépistage du cancer du sein sont plus faibles chez les femmes démunies aux États-Unis, comme en témoignent les études du *National Cancer Institute* portant sur diverses régions du pays *(NCI Breast Cancer Screening Consortium, 1990)*.

2. *Cancer du col utérin*

Des chercheurs ont établi que les attitudes à l'égard des tests de Papanicolaou et la perception qu'ont les femmes du soutien social dont bénéficie le recours à ce test étaient liées positivement à l'intention de subir cette épreuve de dépistage (Norman, Talbott, Kuller, Krampe, Stolley (1991). Miller et coll. (1991) sont d'avis qu'on devrait apprendre aux jeunes hommes à soutenir et à encourager le dépistage chez leur partenaire, vraisemblablement parce que cette attitude faciliterait la participation au dépistage. En outre, ils estiment qu'il faudrait promouvoir le dépistage du cancer du col utérin dans un cadre qui favorise les soins préventifs chez les femmes, et que les adolescentes devraient être informées au sujet de la prévention du cancer du col utérin.

Les femmes qui parlaient uniquement ou surtout l'espagnol étaient plus nombreuses à ignorer l'existence du test de Papanicolaou et affichaient des taux de dépistage inférieurs au cours des trois années précédentes. Les femmes hispanophones (18 %) étaient proportionnellement plus nombreuses que les femmes anglophones (2 %) à indiquer la peur ou la gêne comme raison pour ne pas se soumettre au dépistage, mais plus de 11 % des hispanophones ont affirmé que leur médecin ne leur avait pas proposé de subir ce test ou avait dit qu'il n'était pas nécessaire. Les auteurs avancent l'hypothèse que l'incapacité de parler l'espagnol pouvait empêcher les médecins de faire comprendre à leur patientes la nécessité de subir le test (Harlan, Bernstein, Kessler, 1991).

Au États-Unis, les femmes qui n'avaient pas d'assurance-maladie ou de pourvoyeur de soins attitré étaient moins portées à subir un test de dépistage du cancer du col utérin que les femmes qui étaient couvertes par une assurance (Kirkman-Liff et Kronenfeld, 1992).

Skubi (1988) a étudié les dossiers médicaux des femmes autochtones vivant dans une réserve du Dakota du Sud et a constaté que seulement 37 % des femmes âgées de 20 à 65 ans avaient subi un test de Papanicolaou au cours des deux années précédentes. Il a trouvé 33 patientes qui n'avaient pas reçu le diagnostic, le traitement ou le suivi qu'aurait exigé le résultat de leur test. Dans ce cas, les revenus insuffisants représentaient l'une des entraves qui les empêchaient de se rendre dans les centres où elles auraient pu recevoir les traitements nécessaires. De plus, selon Skubi, la grande pauvreté avait pour effet de reléguer le dépistage et le suivi au second plan par rapport aux autres impératifs.

Dans une recension de la littérature, Norman, Talbott, Kuller, Krampe et Stolley (1991) ont fait état de plusieurs études selon lesquelles les femmes blanches étaient plus susceptibles d'avoir déjà subi un test de Papanicolaou mais que les femmes noires et hispaniques étaient plus nombreuses à avoir subi cette épreuve au cours des 3 ou 4 années précédentes, même après pondération des données pour tenir compte de l'âge, du niveau d'instruction et du revenu. Plus le revenu était bas, plus la probabilité qu'une femme ait déjà subi un test de dépistage était faible et plus la fréquence de ces tests était limitée, mais l'association était plus forte dans le cas de la fréquence. Un faible niveau d'instruction était également lié à un taux de

dépistage restreint, mais d'autres facteurs semblent intervenir ici, comme le recours aux services de santé. Les auteurs d'une étude réalisée au Manitoba ont conclu que les femmes étaient moins portées à subir des tests de Papanicolaou après une ligature des trompes, probablement parce qu'elles consultaient moins le médecin pour des questions relevant de la sphère gynécologique.

3. ***Cancer de la prostate***

Aucune étude trouvée

4. ***Cancer colorectal***

Aucune étude trouvée

5. ***Facteurs de risque de maladies cardiovasculaires***

Aucune étude trouvée

6. ***VIH***

En raison des normes sociales qui interdisent les discussions ouvertes sur la sexualité, il est difficile de mettre en oeuvre des programmes d'éducation sur le VIH/SIDA.

Les risques de divulgation de renseignements confidentiels constituent une entrave au dépistage du VIH (Brandeau, Owens, Sox et Wachter, 1992).

7. ***MTS***

Aucune étude trouvée

8. ***Mauvais traitements infligés aux adultes***

La marginalisation sociale associée au fait d'être étiqueté constitue une entrave à la décision de recourir au dépistage. Selon McLoed (1989), lorsqu'elles sont reconnues comme femmes battues, les victimes de sévices sont marginalisées. Elles ont indiqué qu'elles se sentaient différentes et qu'elles étaient traitées comme des victimes par les professionnels. La littérature montre que les femmes répondront aux questions relativement aux sévices lorsqu'on les interroge à ce sujet, mais qu'elles sont réticentes à aborder cette question de peur que les pourvoyeurs de soins ne les croient pas, qu'ils minimisent l'importance des sévices ou pensent qu'elles en sont responsables.

9. ***Mauvais traitements infligés aux enfants***

Aucune étude trouvée

B. Facteurs inhérents au pourvoyeur de soins

1. Cancer du sein

La façon dont les campagnes d'éducation publique sont menées détermine dans quelle mesure elles parviennent à atteindre les personnes qui ont le plus besoin de recevoir l'information. S'il est vrai que l'éducation publique a contribué à sensibiliser les femmes âgées à la nécessité de subir des mammographies, le message était généralement moins bien transmis aux femmes peu instruites, plus âgées et à celles qui avaient un faible revenu (Rubenstein, 1994).

Si les taux de dépistage diffèrent largement dans des populations semblables qui ont recours à des services de santé semblables, c'est peut-être parce que ce sont des entraves systémiques plutôt que des entraves individuelles qui influent sur ces taux, mais on oublie souvent cette explication. Par exemple, Whitman et coll. (1991) ont examiné les dossiers médicaux afin de déterminer les taux de tests de Papanicolaou, d'examen des seins et de mammographies chez des Américaines de race noire qui fréquentaient trois cliniques différentes. Dans une des cliniques, le taux de dépistage était significativement plus bas que dans les deux autres. Les taux relevés pour deux examens de dépistage au cours des cinq années précédentes (ce qui est une mesure peu rigoureuse de la valeur des protocoles de dépistage) s'établissaient à 16 %, 51 % et 31 %, soit des chiffres très différents. En tentant d'expliquer ces écarts, les auteurs ont trouvé que les caractéristiques démographiques des patientes étaient très semblables, mais ils n'ont pas fourni de détails sur les caractéristiques du personnel ou sur le fonctionnement des cliniques. Il importe de noter que les femmes étudiées ici avaient souvent accès aux soins de santé (moyenne de 4 à 5 consultations par année). De même, Khojasteh et coll. (1992) ont observé des profils de dépistage différents dans deux cliniques rurales après une intervention. La détection des cancers de Stade I a augmenté et celle des cancers de Stades II et III a diminué dans une clinique alors que c'est la tendance inverse qui a été observée dans l'autre. Encore une fois, les auteurs proposent d'examiner uniquement les caractéristiques des patients pour expliquer ce phénomène.

McBride et coll. (1993) ont trouvé que les entraves d'ordre environnemental suivants distinguaient les femmes qui subissaient une mammographie de celles qui ne la subissaient pas, dans une clinique spécialisée : attente de plus de vingt minutes; difficulté de se rendre à la clinique; difficultés de stationnement; difficultés de transport et mauvaise accessibilité de la clinique. Aiken, West, Woodward et Reno (1994) ont établi que le coût représentait un obstacle à la mammographie, mais que le fait d'obtenir des soins médicaux à un endroit régulier augmentait le taux de participation. Dans sept études réalisées aux États-Unis, le fait d'avoir un pourvoyeur de soins attitré était corrélé positivement au dépistage chez les femmes blanches non hispaniques; cependant, la majorité des répondantes avaient un pourvoyeur de soins attitré. Peu de femmes (de 2 % à 13 %) ont indiqué que le coût représentait une entrave (*NCI Breast Cancer Screening*

Consortium,1990). Kiefe, McKay, Halevy et Brody (1994) ont trouvé que le seul fait de régler la question du coût n'entraînait pas une augmentation du recours à la mammographie.

Black et Ades (1994) ont défini un certain nombre de facteurs qui font obstacle au dépistage du cancer, notamment du cancer du sein, dans les populations urbaines à faible revenu. Parmi ces obstacles, on trouve des facteurs qui sont liés à l'emplacement, la planification et l'organisation, l'éducation et l'utilisation des programmes. Ils ont fait participer la collectivité à un exercice de définition des entraves et des facteurs favorisants le recours au dépistage dans trois interventions de prévention et de lutte contre le cancer en milieu urbain. Dans les trois projets, ils ont observé des problèmes sur le plan du coût, de l'insuffisance des ressources médicales, ce qui se soldait par des délais et des intervalles de suivi prolongés, des lacunes en ce qui concerne l'accessibilité, la disponibilité et l'adéquation des services, une fragmentation des services médicaux qui obligeait le patient à multiplier les consultations, une mauvaise coordination des services médicaux, ce qui se traduisait par des attentes prolongées et des visites multiples et une mauvaise connaissance des questions relatives au suivi de la part des pourvoyeurs de soins.

L'une des conséquences de la pauvreté peut être l'inexactitude de l'adresse et du numéro de téléphone dans les dossiers médicaux qui peuvent être utilisés pour le recrutement des patients dans des programmes de dépistage (Sung et coll.,1992).

Rubenstein (1994) a été le seul auteur à faire état de la nécessité d'avoir de l'équipement de mammographie qui soit accessible aux femmes atteintes d'incapacités.

Les femmes âgées d'origine hispanique ont indiqué que les difficultés à communiquer des médecins constituaient un problème. Les médecins ne semblaient pas avoir le temps nécessaire pour s'assurer que l'information était bien comprise et les patientes ont indiqué qu'elles n'avaient pas l'impression de recevoir des soins individualisés ou personnels. Les questions de langue représentaient également un obstacle, notamment le manque de médecins hispanophones, le manque de traducteurs et, par voie de conséquence, les questions de confidentialité. Quand on faisait appel à un traducteur, la patiente n'avait aucun contrôle sur l'échange d'information. Le manque d'uniformité dans les soins médicaux était une autre entrave en raison de la nécessité de décliner plusieurs fois ses antécédents médicaux (Saint-Germain et coll., 1993)

2. *Cancer du col utérin*

Les participants à un atelier national sur le dépistage du cancer du col utérin au Canada ont cerné les facteurs systémiques suivants qui contribuent à l'inefficacité des programmes de dépistage au Canada : manque de personnel de laboratoire et contrôle de la qualité inefficace dans les laboratoires (Miller et coll., 1991). Selon toute vraisemblance, ces facteurs se traduisent par des période d'attente plus

longues avant d'obtenir les résultats de même que par des résultats inexacts, ce qui occasionne des problèmes comme un stress inutile, la nécessité d'effectuer de nouveaux tests, des résultats faussement négatifs, etc.

Au cours de leurs recherches, qui ont duré quelque 25 ans, Norman, Talbott, Kuller, Krampe, Stolley (1991) ont obtenu des résultats qui militaient systématiquement en faveur d'une association entre le fait d'avoir un pourvoyeur de soins attitré et celui de bénéficier du dépistage au moyen du test de Papanicolaou. La consultation régulière d'un gynécologue était encore une meilleur facteur prédictif. Un grand nombre de femmes qui n'avaient pas subi un test de dépistage avaient cependant consulté un médecin pendant cette période. Carney, Dietrich et Freeman (1992) ont établi que le fait d'avoir un pourvoyeur de soins régulier était plus important que la participation à un programme d'éducation offert dans le cadre d'un programme communautaire de dépistage à l'intention des femmes. Ce sont les obstacles financiers au dépistage par le test de Papanicolaou qui ont été cités le plus souvent par les participantes au programme éducatif (48 %); le manque de temps venait au deuxième rang (10 %) (dans le groupe de comparaison, les pourcentages s'établissaient à 25 % et 16 %, respectivement). Harlan, Bernstein et Kessler (1991), ont observé que les femmes dont la principale source de soins était une organisation de soins de santé intégrés (Health Maintenance Organization - HMO) étaient plus nombreuses à subir un test de Papanicolaou que les femmes qui fréquentaient des cabinets de médecins. Lutz (1989) a cependant étudié les utilisatrices des HMO et a constaté que les femmes qui avaient l'unique emploi rémunéré de la famille subissaient moins souvent un test de Papanicolaou (64 %) que celles qui vivaient dans une famille où un homme avait le seul emploi rémunéré (72 %) ou qui comptaient sur plusieurs revenus (73 %). Ces résultats semblent indiquer que l'accessibilité de services de garde d'enfants, l'horaire de travail, le fait de bénéficier de congés de maladie ou de congés pour consultation médicale ainsi que d'autres facteurs propres au contexte pouvaient avoir une influence sur la participation aux programmes de dépistage.

Spurlock, Nadel et McMannon (1992) ont noté, dans le cadre d'une enquête réalisée auprès de la population du Kentucky, que le fait de consulter un médecin qui ne recommandait jamais le test de Papanicolaou, de n'avoir jamais subi un examen clinique des seins, de ne jamais consulter un gynécologue et de n'avoir jamais pris la pilule anticonceptionnelle étaient associés au fait de ne pas avoir subi un test de Papanicolaou, et ce, dans tous les groupes d'âge. Le fait de n'avoir jamais été mariée était un facteur qui intervenait également chez les jeunes femmes (âgées de 16 à 44 ans) alors que celui de ne pas appartenir à un groupe de femmes entrait en ligne de compte chez les femmes âgées de 45 ans et plus.

Arraiz, Wigle et Mao (1990) recommandent que le dépistage fasse partie d'un programme global de prévention qui englobe la prévention primaire, comme l'abandon du tabac et l'usage de contraceptifs de barrière.

Marcus et coll (1990) ont établi qu'un fort pourcentage des femmes à faible revenu qui ne bénéficiaient pas du dépistage avaient pourtant reçu des soins médicaux au cours des cinq années précédentes. Les cliniques de dépistage des MTS et les services d'urgence des hôpitaux n'accordaient pas une importance prioritaire au dépistage du cancer du col utérin.

3. *Cancer de la prostate*

On ne sait pas exactement dans quelle mesure le dépistage du cancer de la prostate permet de réduire la mortalité (Berger, 1993; Littrup, Goodman et Mettlin, 1993). Aucune étude n'a été réalisée sur l'efficacité du toucher rectal comme méthode de diagnostic du cancer de la prostate. On n'a pas encore déterminé quelle était la méthode ou la combinaison de méthodes la plus efficace pour le dépistage dans l'ensemble de la population, en dehors du cadre d'essais cliniques (Chodak, Keller et Schoenberg, 1989; Hinman, 1991; Littrup, Goodman et Mettlin, 1993).

4. *Cancer colorectal*

Le dépistage du cancer colorectal n'est pas reconnu comme stratégie de prévention efficace. Eddy (1990) a conclu qu'on ne peut faire aucune recommandation concernant le dépistage du cancer colorectal. «Toute recommandation, qu'elle soit en faveur d'une stratégie de dépistage particulière ou du non-recours au dépistage, devrait être considérée comme une ligne directrice et non comme une norme» (p. 381) (TRADUCTION). Wagner, Herdman et Wadhwa (1991) ont cependant affirmé que le dépistage est raisonnablement rentable chez les personnes âgées, et Mandel et coll., (1993) ont conclu que les épreuves annuelles de recherche de sang occulte dans les selles réhydratées se traduisait par une réduction significative (33 %) de la mortalité sur une période de 13 ans.

Les tests de dépistage du cancer colorectal ont une sensibilité limitée, et le succès du dépistage dépend de la stratégie employée par le médecin pour la suivi. Lieberman (1994) laisse entendre que si les résultats de la sigmoïdoscopie et du lavement baryté sont négatifs, une médecin ne peut pas être satisfait, et que la coloscopie devrait être considérée comme l'épreuve de première intention. Il faudrait faire des recherches sur un certain nombre de questions, notamment : Est-il possible de cibler le dépistage sur les patients à haut risque? Quel est l'intervalle de dépistage idéal après des résultats négatifs? Quels patients devraient subir une coloscopie? et quels sont les avantages des épreuves de dépistage subséquentes?

5. *Facteurs de risque de maladies cardiovasculaires*

Les programmes de dépistage des maladies cardiovasculaires sur les lieux de travail sont très répandus. Leigh, Guisinger et Fech (1989) ont défini un certain nombre d'entraves à la participation aux programmes de dépistage en milieu de travail : 1) les travailleurs oublient l'heure et l'endroit où se tiennent les séances; 2) la charge de travail et les impératifs de productivité qui empêchent la participation; 3) les conflits d'horaire entre les séances et les pauses, les réunions et la charge de travail.

Lorsqu'on veut dépister l'hypertension, il est recommandé de procéder à trois lectures, trois jours différents (Motley, Linder, Crump et Pierce, 1992). Un patient devra se présenter à plusieurs reprises. Cela peut être également le cas pour ce qui est du diagnostic de l'hypercholestérolémie. Par conséquent, la recherche de ces facteurs de risque nécessite un suivi plus intensif et une participation plus assidue que ce qui est exigé pour d'autres tests.

S'il est vrai que certaines études préconisent le dépistage des facteurs de risque de maladies cardiovasculaires chez les enfants, (p. ex., Davidson, VanCamp, Iftner, Landry, Bradley et Wong, 1991; O'Brien, 1991; Bush, Zuckerman, Taggart, Theiss, Peleg et Smith, 1989), d'autres auteurs (Lauer et Clarke, 1990; Newman, Brower, Hutley, 1990) s'opposent à ce dépistage. Ce type de dépistage des facteurs de risque des maladies cardiovasculaires demeure donc controversé.

6. *VIH*

Donovan (1991) indique que les cliniques de planification familiale aux États-Unis fournissent des informations de base à leurs clients afin d'évaluer leur risque. Certains administrateurs de cliniques s'inquiètent du fait que les politiques de financement des programmes axés sur le VIH mettent de moins en moins l'accent sur la prévention de la grossesse.

Certains questions d'ordre éthique sont soulevées le plus souvent dans la littérature sur le dépistage du VIH (p. ex., Hamblin et Somerville, 1991; Levine et Bayer, 1989). Certains ont proposé le dépistage obligatoire dans certaines populations (p. ex., chez certains criminels), mais la raison est le plus souvent la protection d'autres personnes (p. ex., les victimes d'actes criminels ou les gardiens), et les données médicales ne reconnaissent pas la valeur du dépistage. En fait, la personne qui craint d'avoir été infectée devra finir par subir un test afin de savoir s'il y a eu transmission (Blumberg et Langston, 1991). L'intégrité et la liberté individuelles seront compromises par le dépistage obligatoire, étant donné qu'un résultat positif entraînera vraisemblablement une discrimination (Goldberg, 1992).

La recherche des comportements à haut risque représente la première étape du dépistage en vue de faire subir le test de détection du VIH; cela soulève toutefois certains problèmes étant donné que les personnes qui présentent des facteurs de risque peuvent être réticentes à révéler ces comportements (p. ex., partage de seringues) (Brandeau, Owens, Sox et Wachter, 1992) étant donné les conséquences sociales éventuelles de telles révélations.

7. *MTS*

Donavan (1991) révèle que les cliniques de planification familiale aux États-Unis voient des patients qui sont plus malades et qui sont moins nombreux à avoir d'autres sources de soins de santé que par le passé. S'il est vrai que l'infection à *Chlamydia* est la MTS la plus courante, il reste que les cliniques de planification familiale procèdent moins souvent au dépistage de cette infection qu'à celui de la blennorragie et de la syphilis.

Les cliniques de MTS sont réticentes à introduire le test de Papanicolaou de crainte que ce service fasse double emploi avec ceux qui sont offerts ailleurs, mais les données indiquent que, dans une clinique canadienne, les clientes qui consultaient pour la première fois n'avaient pas subi un test au cours des 6 à 12 mois précédents, et que 11 % avaient des résultats anormaux au test (Robertson, Morgan, Duggan, McGregor et Stuart, 1991).

8. *Mauvais traitements infligés aux adultes*

Il a été établi que les attitudes des professionnels de la santé constituaient des entraves au dépistage. A cause ce ces attitudes, les pourvoyeurs de soins peuvent minimiser l'importance des mauvais traitements, nier qu'ils aient eu lieu ou rejeter le blâme sur la victime (Hanvey et Kinnon, 1993). Au Canada, les hôpitaux et le secteur de la santé publique n'ont pas joué un rôle de chef de file dans le domaine du dépistage et de la prévention des sévices infligés aux femmes (Hanvey et Kinnon, 1993). Peu d'études ont été publiées sur la façon de mettre sur pied des programmes de dépistage (Lazzaro et McFarlane, 1991).

Les femmes qui souhaitent avoir accès à des services sont désavantagés en raison de leur race, de leur culture, de leur orientation sexuelle et de leurs incapacités (Hanvey et Kinnon, 1993). Ces auteurs indiquent que le recours au modèle médical, qui est axé sur le diagnostic et le traitement de la maladie, a entraîné une tendance à sortir les problèmes de leur contexte et à les réduire à de simples scénarios de cause et d'effet. Ce cadre empêche les médecins d'évaluer l'adulte victime de mauvais traitements. L'impossibilité de bien évaluer les mauvais traitements sert à nier leur existence et à minimiser la gravité de leurs conséquences.

9. *Mauvais traitements infligés aux enfants*

Parmi les obstacles qui s'opposent au dépistage des mauvais traitements infligés aux enfants, mentionnons la volonté, la formation et le manque de temps du personnel. Les craintes du personnel au sujet des conséquences de l'étiquetage peuvent également limiter les efforts de dépistage, et des interventions peuvent être offertes à tous les clients afin d'éviter la marginalisation (Barth et Hacking, 1986).

Comme l'a souligné Flynn (1987), les symptômes de l'agression sexuelle ne sont pas spécifiques chez les enfants, et le dépistage exige des capacités d'évaluation et de communication particulières. L'intervention qui est exigée une fois qu'un cas est soupçonné ou reconnu est beaucoup plus complexe que la simple prescription de médicaments. En outre, toute la question des mauvais traitements infligés aux enfants est chargée d'émotivité; Fontana (1985), par exemple, affirme que les protocoles de dépistage «vous permettent de détecter facilement les cas d'agression sexuelle et de sauver un enfant sans défense d'un supplice épouvantable qui, s'il n'est pas éliminé, occasionnera un traumatisme physique et psychologique permanent» (p. 158) (TRADUCTION). Des déclarations comme celles-là risquent d'avoir pour effet de décourager la participation plutôt que de l'inciter.

psychologique permanent» (p. 158) (TRADUCTION). Des déclarations comme celles-là risquent d'avoir pour effet de décourager la participation plutôt que de l'inciter.

De toute évidence, le problème des mauvais traitements infligés aux enfants intéresse non seulement le système de soins de santé. Certains facteurs sociaux et politiques peuvent intervenir dans la confirmation des cas; par exemple, la reconnaissance par le système judiciaire d'un cas peut dépendre de la gravité perçue des mauvais traitements et de leur type (Giovanni, 1989). Hansen, Diamond et Ludwig (1989) décrivent trois cas dans lesquels un mauvais diagnostic de la part du médecin, une sous-évaluation du risque de la part de l'organisme de protection de l'enfance et le rejet de la recommandation du pédiatre par la juge du tribunal de la famille se sont soldés soit par le décès de l'enfant soit par une incapacité grave. Le manque de coordination entre les différents systèmes est une source de frustration pour de nombreux professionnels.

III Facteurs personnels qui entravent ou facilitent la formation de l'intention et l'action

A. Facteurs inhérents au patient

1. Cancer du sein

Une étude réalisée par la *American Association of Retired Persons* a établi que 74 % des répondants à l'enquête de 1992 avaient vu ou entendu un message concernant l'importance de la mammographie chez les femmes âgées, ce qui indique qu'il y avait eu une amélioration de l'information à cet égard.

Plusieurs études ont montré que la participation antérieure à des séances de dépistage du cancer du sein permettait de prédire la participation aux séances (Calnan, 1984; Fulton et coll., 1991; McBride et coll., 1993).

McBride et coll., (1993) ont établi que quatre croyances entretenues par les femmes au sujet de la mammographie constituaient des entraves à la participation aux séances de dépistage : «a) la douleur et l'inconfort occasionnés par l'intervention; b) la crainte qu'on découvre un cancer; c) la nécessité d'éprouver des symptômes avant de subir une mammographie; et d) les avantages de la mammographie dans la détection précoce du cancer du sein» (p. 600) (TRADUCTION). Rubenstein (1994) a également indiqué que la crainte du cancer et la gêne étaient des obstacles chez les femmes âgées. Dans une étude réalisée en Ontario, 26 % des femmes âgées de 50 à 69 ans craignaient la découverte d'un cancer (Perreault et coll., 1994). Peu de femmes (entre 1 et 10 %) ayant participé à sept études américaines menées auprès de femmes blanches d'origine non hispanique entre 1987 et 1989 ont indiqué la peur des rayonnements ionisants comme étant un obstacle à la mammographie (*NCI Breast Cancer Screening Consortium*, 1990) comparativement à 29 % des femmes ayant pris part à une étude effectuée en 1993 en Ontario (Perreault et coll., 1994).

La capacité des femmes de maîtriser ou d'exprimer leur colère, leur humeur déprimée ou leur anxiété (mesurée à l'aide de l'échelle de maîtrise des émotions de Courtland) n'était pas liée à la pratique de l'auto-examen de seins ou au fait de subir un examen de dépistage du cancer du col utérin (Murray et McMillan, 1993).

Certains auteurs ont révélé que les croyances des femmes relativement à la possibilité d'être atteintes du cancer du sein étaient corrélées positivement au fait de subir une mammographie (Aiken, West, Woodward, Reno, 1994); sept autres études américaines ont cependant établi que les antécédents de cancer du sein chez la mère, une soeur ou une fille n'étaient associés que faiblement au fait d'avoir subi un examen de dépistage peu de temps auparavant (*NCI Breast Cancer Screening Consortium*, 1990). Black et Ades (1994) ont trouvé que le déni, le fatalisme, la crainte du cancer, un faible niveau de scolarité et le croyance en certains mythes au sujet du cancer du sein étaient tous des entraves au recours au dépistage.

2. ***Cancer du col utérin***

Hill, Gardner et Rassaby (1991) ont découvert que les croyances selon lesquelles le test de Papanicolaou procure un soulagement, permet de détecter le cancer précocement quand il est encore curable, et rassure la patiente sont corrélées positivement à l'intention de se soumettre au dépistage. La gêne, l'inquiétude quant aux résultats et le fait de trouver le test désagréable étaient associés négativement.

Les auteurs d'une étude ont conclu que les croyances et les attitudes à l'égard du test et des résultats possibles permettaient de prédire la participation au dépistage du cancer du col utérin, notamment une aversion pour les médecins et les hôpitaux; la crainte que le médecin juge les plaintes dérisoires; une gêne par rapport au test à subir, la crainte des résultats, de devoir subir une opération et d'être mutilée par l'intervention; la crainte de devenir un fardeau pour sa famille; la peur de devenir handicapée ou de perdre son emploi. Les femmes qui percevaient le moins d'entraves étaient celles qui étaient le plus susceptibles de se soumettre au dépistage (Murray et McMillan, 1993). Une étude réalisée auprès des femmes autochtones de la Colombie-Britannique a également montré que le manque de connaissances au sujet du test de Papanicolaou et de son importance et que le sentiment de gêne et de honte comptaient parmi les raisons pour lesquelles ces femmes ne participaient pas (Deschamps et col., 1992). Une étude portant sur des travailleurs agricoles migrants a permis de déterminer que les femmes évitaient de se soumettre au dépistage en raison de la gêne, de la honte et de l'inconfort à l'égard des cliniciens de sexe masculin (Lantz, Dupuis, Reding, Krausda et Lappe, 1994). Le risque perçu du cancer du sein, la croyance quant à l'efficacité du test de Papanicolaou et la peur de la découverte d'un cancer étaient des facteurs qui permettaient de prédire le recours au dépistage. En règle générale, les femmes âgées de 65 ans et plus étaient proportionnellement moins nombreuses à subir un test de Papanicolaou, et il en était de même des femmes peu instruites et sans emploi. Les femmes âgées avaient tendance à se considérer moins vulnérables au cancer (Lerman, Caputo et Brody, 1990).

La capacité des femmes de maîtriser ou d'exprimer leur colère, leur humeur déprimée ou leur anxiété (mesurée à l'aide de l'échelle de maîtrise des émotions de Courtland) n'était pas liée au fait de se soumettre à un test de Papanicolaou (Murray et McMillan, 1993).

Une mauvaise compréhension de l'objet ou de l'importance du test, la crainte de l'embarras, de la douleur ou des résultats sont corrélés négativement à la participation. Les chercheurs n'ont trouvé aucun lien entre certaines variables psychosociales comme la dépression, l'aliénation ou un sentiment d'impuissance et le fait de subir un test de Papanicolaou (Norman et coll., 1991).

3. *Cancer de la prostate*

On a trouvé peu d'études sur les attitudes ou les normes sociales qui pourraient empêcher les hommes de solliciter des soins préventifs. Un certain nombre d'attitudes et de croyances typiquement masculines qui ont été définies dans une étude représenteraient des entraves à la formation de l'intention de se soumettre au dépistage. Les hommes ont affirmé qu'ils ne s'intéressaient pas à la question de la prévention et qu'ils refuseraient de parler de leurs symptômes quand ils étaient malades de crainte de paraître vulnérables. Certains hommes étaient même fiers de dire depuis combien de temps ils n'avaient pas consulté un médecin et, de façon générale, les hommes avaient tendance à croire qu'il était normal que la santé se détériore avec l'âge. Les hommes confiaient la responsabilité de leur santé aux femmes dans leur vie, se fiant à elles pour obtenir de l'information et prendre des rendez-vous, mais parallèlement, ils souhaitaient que les messages se rapportant à la santé mettent l'accent sur le maintien de l'autonomie et l'importance de ne pas devenir un fardeau pour sa famille. Ils ont indiqué que les informations contradictoires véhiculées par les médias étaient l'une des raisons pour lesquelles ils faisaient abstraction de tous les messages. On a également noté que les hommes étaient moins portés que les femmes à suivre des cours (Bubenstein, 1994). Selon les auteurs d'une autre étude (Millon-Underwood, 1992), les hommes qui estimaient que leur santé était trop bonne pour envisager la possibilité d'avoir un cancer de la prostate étaient moins portés à se soumettre au dépistage.

4. *Cancer colorectal*

Lantz et coll., (1994) ont établi que certaines attitudes sociales empêchaient les hommes de solliciter des soins. Les travailleurs agricoles migrants ont fait allusion à la crainte d'être perçus comme faibles; comme «une femme» (p. 516), parce qu'ils subissaient des examens médicaux. La discussion du toucher rectal entraînait un malaise généralisé et, encore une fois, des hommes ont affirmé qu'ils n'aimaient pas montrer cette partie de leur anatomie.

Price (1993) ont réalisé une enquête auprès de 500 résidents de l'Ohio appartenant aux couches socio-économiques défavorisées (revenu annuel du ménage 18 000 $) concernant le cancer colorectal. Les principales entraves au dépistage qui ont été définies étaient : le manque d'argent (53 %); les difficultés de transport (81 %); le refus de savoir s'ils étaient atteints de cancer (78 %); la gêne à l'idée de subir une

coloscopie (77 %) et le fait qu'ils préféraient mourir plutôt que de se faire enlever l'intestin (80 %). L'auteur a également noté avec intérêt que 22 % des répondants croyaient que les hommes homosexuels risquaient davantage d'être atteints du cancer de l'intestin et que 55 % pensaient que les Noirs étaient plus à risque.

Hoogewerf et coll., (1990) ont établi que la confiance en sa capacité de prélever un échantillon était un facteur prédictif de l'usage de la trousse HOII. La certitude qu'un ulcère ne changerait pas leurs habitudes de vie était un autre facteur important, et le fait d'être trop occupés a été la raison invoquée par 25 % des personnes qui n'ont pas utilisé la trousse. Dans une recension de la littérature, Winawer, Schottenfeld et Flehinger (1991) ont noté que les patients qui ont observé le protocole de dépistage du cancer colorectal avaient plus souvent une attitude positive à l'égard des interventions préventives, plus de contacts avec les services de santé et avaient en général moins peur du cancer.

5. ***Facteurs de risque de maladies cardiovasculaires***

Aucune étude trouvé

6. ***VIH***

La marginalisation des homosexuels et la discrimination dont ils sont victimes est un des facteurs qui entravent le dépistage du VIH. Les idées fausses selon lesquelles l'infection est limitée aux homosexuels a nui à la prévention.

7. ***MTS***

Les idées fausses au sujet des MTS pullulent en raison de certains facteurs culturels qui empêchent de parler ouvertement de cette question. En outre, il est possible que les patients soient réticents à parler au médecin des MTS par crainte qu'on ne divulgue des renseignements confidentiels à leur sujet. Les croyances selon lesquelles les personnes qui contractent des MTS sont malpropres constituent également des entraves au dépistage parce que les gens ne veulent pas être assimilés à certains groupes marginalisés (Moy et Clasen, 1990).

Dans une étude portant sur des collégiens de sexe masculin, Kaplan, Meyer et Navin (1989) ont découvert que 20 % avaient une infection à *Chlamydia* mais étaient asymptomatiques; par conséquent, ils ne seraient pas présentés spontanément pour subir un examen de dépistage. Il en va de même des hommes qui se soumettaient au dépistage pour d'autres MTS (Reitmeijer et coll., 1991). L'incapacité de faire face aux conséquences d'une MTS est une autre raison pour laquelle les gens ne se soumettent pas au dépistage (Moy et Clasen, 1990).

8. *Mauvais traitements infligés aux adultes*

Plus du tiers des femmes qui avaient des antécédents de mauvais traitements ont indiqué qu'elles préféraient avoir un pourvoyeur de soins de sexe féminin; cependant, seulement 13 % des femmes qui étaient victimes de sévices au moment de l'étude ont indiqué avoir une préférence (Sampsell, Petersen, Murtland et Oakley, 1992).

9. *Mauvais traitements infligés aux enfants*

L'identification des adultes qui ont été victimes d'agressions sexuelles au cours de l'enfance peut jouer un rôle important dans la prise en charge clinique de troubles tant psychologiques que physiques. Ces personnes peuvent cependant être réticentes à divulguer de tels antécédents à un professionnel de la santé pour plusieurs raisons, notamment : la peur d'être responsables de ces actes; la honte, un sentiment d'indignité ou de culpabilité; la crainte de choquer ou de repousser les autres; la crainte d'être trahis ou blessés; le sexe du thérapeute. Janikowsli et Glover (1994) ont découvert que 64 % des clients qui se faisaient traiter pour l'alcoolisme ou une autre toxicomanie acceptaient de discuter de l'inceste si leur thérapeute abordait le sujet. La honte et la crainte de la divulgation étaient les raisons le plus souvent invoquées pour expliquer le refus de parler de l'inceste. Parmi les autres facteurs cités, mentionnons le caractère douloureux du sujet (34 %), le manque de confiance (30 %), la croyance que le counselling ne serait pas bénéfique (31 %) ou qu'il était inutile (30 %).

B. Facteurs inhérents au pourvoyeur de soins

1. *Cancer du sein*

Selon une étude réalisée par l'*American Cancer Society* (1990), les facteurs qui influent sur les taux d'orientation des médecins vers des services de mammographie englobaient : la perception de la fiabilité du test; le soutien accordé aux protocoles par l'organisation nationale de lutte contre la cancer; une incidence accrue de la maladie et la réceptivité des patients. S'il est vrai que l'intention d'orienter n'était pas spécifiquement la variable étudiée, il semble néanmoins que ces facteurs influent sur le comportement à ce niveau.

Schoen, Marcus et Braham (1994) ont étudié les facteurs inhérents au médecin qui étaient liés à l'orientation des patientes vers les services de mammographie au moyen d'un examen rétrospectif des dossiers médicaux de 261 patientes fréquentant une clinique de médecine interne d'un hôpital d'enseignement. Les données relatives aux médecins concernaient le nombre d'années écoulées depuis l'obtention du diplôme et le sexe. De façon générale, les médecins étaient plus portés à faire subir une mammographie aux femmes qui avaient des antécédents de cancer du sein ou qui étaient généralement en bonne santé. Les résidents qui en étaient à leur première année de résidence prescrivaient plus souvent la mammographie que leurs collègues de 2^{e} et 3^{e} années. Le sexe du médecin n'était pas un indicateur de la pratique à cet égard. Dans une série de groupes étudiés, les

femmes âgées d'origine hispanique ont indiqué que leurs médecins accordaient plus d'importance au traitement de leurs troubles chroniques qu'au dépistage (Saint-Germain et coll., 1993).

Une enquête réalisée auprès d'infirmières cliniciennes a permis d'établir que les raisons qui s'opposaient à la mise en oeuvre de protocoles de dépistage du cancer étaient : les contraintes inhérentes au cadre de pratique; le sentiment de na pas être compétentes; le manque de temps et le coût. Dans le cadre d'une enquête nationale, les médecins ont également mentionné le coût, mais la principale raison qui expliquait la non-adhésion aux lignes directrices était qu'ils n'étaient pas d'accord avec celles-ci (Warren et Pohl, 1990).

Le fait de se faire recommander de subir une mammographie par son médecin était une des principaux facteurs incitatifs pour les femmes, mais il arrive souvent que les médecins ne fassent pas cette recommandation ou n'orientent pas leurs patientes vers des services de mammographie. Dans une étude, 92 % des femmes âgées de 50 ans et plus qui étaient des parentes au premier degré de femmes atteintes de cancer du sein n'avaient pas été adressées à un service de mammographie. Dans une autre, moins de la moitié des femmes (44 %) s'étaient fait recommander de subir une mammographie par leur médecin (Zapka et coll., 1992). Aiken, West, Woodward et Reno (1994) ont établi que la recommandation faite par une médecin de subir une mammographie était le plus important facteur de prédiction de la participation puisqu'il rendait compte de la différence de 25 % entre les groupes qui se soumettaient au dépistage et ceux qui ne le faisaient pas. Des facteurs liés au HBM (modèle de croyance face à la santé) expliquaient un autre 10 % de la variance. Zapka et coll. (1992) ont également remarqué que les recommandations des médecins amélioraient les taux de dépistage par mammographie; ces auteurs ont toutefois noté que les taux de mammographie étaient encore plus élevés parmi les patientes des gynécologues et des internistes. Kaplan et coll. (1991) ont découvert que les patientes des gynécologues et des internistes étaient presque deux fois plus nombreuses à avoir subi une mammographie. De même, Fulton et coll. (1991) ont utilisé ce modèle pour étudier le dépistage au moyen de la mammographie chez les femmes du Rhode Island et ont découvert que la recommandation du médecin de subir une mammographie avait à elle seule l'effet le plus important (RC 18,77) sur le dépistage. La consultation d'un professionnel de la santé pour recevoir des soins gynécologiques au cours de l'année écoulée représentait le second facteur le plus important (RC, 4,92).

2. *Cancer du col utérin*

Les participants à un atelier national sur le dépistage du cancer du col utérin au Canada ont défini les facteurs suivants qui contribuent à l'inefficacité des programmes de dépistage : le manque de formation des médecins et l'absence de suivi lorsque des anomalies ont été décelées (Miller et Coll., 1991).

Norman et coll. (1991) ont rendu compte de plusieurs études selon lesquelles les recommandations d'un médecin relativement au test de Papanicolaou avaient une grande influence sur la patiente. Dans une étude, aucune femme âgée n'avait refusé le test recommandé.

Cockburn, Hirst, Hill et Marks (1990) ont indiqué qu'il fallait intégrer le test de Papanicolaou au processus régulier des consultations de médecine générale. En outre, ils estiment qu'il faudrait prendre un rendez-vous pour un test de Papanicolaou afin d'encourager les femmes à donner suite aux recommandations de l'omnipraticien (Normal et coll., 1991).

Le manque de continuité dans les soins contribue à l'omission d'informer les femmes des résultats et de la date du prochain rendez-vous pour un examen annuel (Deschamps et coll., 1992).

3. ***Cancer de la prostate***

Aucune étude trouvée

4. ***Cancer colorectal***

Aucune étude trouvée

5. ***Facteurs de risque de maladies cardiovasculaires***

Dans une étude réalisée en Australie, Heywood, Ring, Sanson-Fisher et Mudge (1994) ont noté que les médecins ont trouvé peu de patients qui avaient des facteurs de risque auto-déclarés : 66 % de fumeurs, 40 % de gros buveurs et 59 % de patients affichant un excès de poids. Seulement 51 % des patients avaient subi un dosage de la cholestérolémie au cours des cinq années précédentes mais 90 % avaient fait mesurer leur tension artérielle. La tension artérielle est mesurée par le médecin et a le taux d'observance le plus élevé, ce qui, selon les auteurs, s'explique par le fait que cet examen exige peu de temps, permet d'obtenir les résultats immédiatement et est peu perturbateur. En outre, il existe des médicaments efficaces et le médecin peut voir des résultats immédiats qui ne dépendent pas du comportement du patient, comme suivre un régime ou faire de l'exercice. Bien que le dosage de la cholestérolémie soit un examen qui prend peu de temps, il est plus perturbateur pour le patient, entraîne des coût supplémentaires et n'est peut-être pas perçu comme un outil de dépistage efficace.

6. ***VIH***

La peur et la confusion qui entourent toute la question du VIH ont poussé les pourvoyeurs de soins de santé à demander le dépistage obligatoire chez les patients. Unkle (1990) signale que le dépistage obligatoire pourrait donner lieu à un faux sentiment de sécurité dans les cas où il faut appliquer des lignes directrices de sécurité strictes en matière de pratique clinique.

Nahmias et Feinstein (1990) déclarent que les avantages liés au dépistage et à la détection des cas ne peuvent être évalués jusqu'à ce qu'on dispose de politiques «pour tirer profit de l'identification des personnes infectées de manière à réduire la propagation du virus» (p. 253) (TRADUCTION). Levine et Bayer (1989) prétendent qu'on dispose de suffisamment de preuves d'initiatives de prévention ou de méthodes de traitement efficaces pour justifier le dépistage obligatoire.

7. *MTS*

Aucune étude trouvée

8. *Mauvais traitements infligés aux adultes*

Les pourvoyeurs de soins de santé croient souvent, à tort, que le phénomène des femmes battues est peu répandu parmi les groupes socio-économiques privilégiés (Sampsell et coll., 1992).

Certains membres du personnel médical ne considèrent pas que le problème des mauvais traitements infligés aux adultes relève de la médecine, et ce indépendamment des protocoles de l'établissement auquel ils appartiennent ou des programmes de formation qu'ils ont suivis (Hendricks-Matthews, 1992 et. Kurz, 1990), et par conséquent ils n'ont pas l'intention d'en faire le dépistage.

Pour les médecins, cette question est une source de frustration et suscite une grande émotivité. Certains estiment que le temps nécessaire à l'évaluation d'un cas représente une entrave. Le déni, la rationalisation et la tendance à minimiser la gravité du problème sont également des entraves qui témoignent des attitudes sociales (Bishop et Patterson, 1992); Hendricks-Matthews, 1992; Illnicki, 1994). Une enquête réalisée auprès de médecins de famille a permis de mettre en lumière les entraves suivantes à la prise en charge des cas de mauvais traitements : «ignorance des ressources disponibles; contraintes de temps liées à la pratique; formation limitée; futilité en ce qui concerne l'observance des recommandations par la femme; et incapacité d'interrompre le cycle de la violence» (Illnicki, 1994, p. 12) (TRADUCTION). Ce sont les contraintes de temps qui ont été mentionnées le plus souvent (26 %) (Illnicki, 1994). Les infirmières peuvent également croire à tort que par suite de leur intervention la femme battue quittera son conjoint; mais il la femme met souvent plusieurs années à quitter son conjoint et l'infirmière peut se sentir frustrée, en colère ou encore elle peut éprouver un sentiment d'échec quand elle voit la femme retourner à son conjoint (23

Lazzaro et McFarlane, 1991). Si ces questions ne sont pas abordées et réglées, les infirmière pourraient être réfractaires à faire du dépistage.

Dans une étude portant sur les comportements du personnel du services d'urgence de quatre hôpitaux, Kurz (1990) a découvert que les membres du personnel modifiaient l'ampleur de leur intervention en fonction de leur perception de la

femme, c'est-à-dire de son degré de marginalisation (p. ex., haleine d'alcool, réticence à parler, comportement «inapproprié»), et selon qu'ils considéraient les mauvais traitements comme question prioritaire pour la médecine.

9. Mauvais traitements infligés aux enfants

Pour reconnaître les cas de mauvais traitements infligés aux enfants, les pourvoyeurs de soins doivent être à l'affût des symptômes, qui sont souvent vagues et uniquement évocateurs de problèmes lorsqu'ils sont associés à d'autres signes, qu'ils persistent ou sont sévères. Les infirmières et les médecins peuvent avoir diverses réactions devant les mauvais traitements infligés aux enfants, soit la colère, la frustration, le déni et la confusion (Stanley, 1989), sentiments intenses qui peuvent inhiber leur capacité d'utiliser des protocoles de dépistage.

VI Sommaire

A. Variabilité dans la littérature

La littérature publiée entre 1990 et aujourd'hui était inégale en ce qui concerne le nombre d'études consacrées à chacun des neuf domaines du dépistage. Il y a inévitablement des articles qui portent sur les entraves, mais ils ne contiennent pas les mots-clés ou les vedettes MESH qui auraient été repérés lors de nos recherches. Plusieurs raisons peuvent expliquer pourquoi la littérature est inégale. Le dépistage du cancer du sein, en particulier par mammographie, est bien établi et a fait l'objet de beaucoup d'attention au cours des dernières années, comme en témoigne la proportion plus élevée d'articles publiés sur ce sujet. Le dépistage au moyen du test de Papanicolaou est bien établi, et les taux de dépistage dans la population sont fort impressionnants, de sorte qu'on peut maintenant se consacrer davantage à joindre les femmes qui échappaient au dépistage. On continue de tenter d'accroître l'efficacité des programmes et à maintenir des taux de couverture élevés. On ne parvient toujours pas à obtenir un consensus en ce qui concerne des protocoles efficaces de dépistage du cancer colorectal et du cancer de la prostate; il ne faut donc pas s'étonner que peu d'articles portant sur les entraves au dépistage aient été publiés. Le préoccupation dominante dans le cas du dépistage du VIH demeure les questions éthiques qui entourent le dépistage, étant donné que le seul fait de subir le test peut être une cause de discrimination, et que cette discrimination se manifestera certainement si les résultats du test sont positifs. La littérature sur les entraves au dépistage des MTS était rare et, étant donné la prévalence de ces maladies, on ne peut que spéculer qu'elles reçoivent moins que des maladies comme le cancer et, par conséquent, que les subventions à la recherche sont plus rares. Le dépistage des mauvais traitements infligés aux enfants, à l'instar du dépistage du cancer du col utérin, est bien établi. Les auteurs connaissent l'existence d'un corpus beaucoup plus important que celui que nous ont permis de trouver nos stratégies de recherche, mais les questions générales abordées dans les quelques articles qui traitaient spécifiquement du dépistage étaient des questions très importantes. Les mauvais traitements infligés aux adultes, en particulier aux femmes et aux personnes âgées, ne sont pas bien reconnus comme problème à dépister dans le domaine des soins de santé, bien que les récentes initiatives du

gouvernement fédéral et de certains gouvernements provinciaux aient permis de faire en sorte que cette question soit inscrite à certains programmes de formation dans le domaine des soins de santé. Comme dans le cas du cancer de la prostate et du cancer colorectal, il ne faut pas s'étonner de trouver peu de littérature sur les entraves au dépistage.

B. Thèmes communs

S'il semble parfois que les facteurs qui entravent le dépistage varient selon les comportements à l'égard du dépistage (Murray et McMillan, 1993), il existe néanmoins un certain nombre de similitudes. D'abord, les professionnels doivent être convaincus que les tests sont acceptables et utiles avant d'envisager de les utiliser. Ils doivent ensuite posséder certaines connaissances au sujet de ces test et des protocoles de dépistage et être capables de les faire subir. La complexité de la technique de dépistage représente donc une entrave potentielle à l'usage de l'épreuve par les professionnels. Quelle que soit la question, le protocole doit s'intégrer aux pratiques ou habitudes courantes; le temps est une question importante tant pour les professionnels de la santé que pour les patients. Cela peut expliquer pourquoi les taux de dépistage sont plus élevés chez les femmes qui consultent un gynécologue. Il semblerait que les interventions préventives viennent au deuxième rang, après les préoccupations ou les problèmes qui ont amené un patient à consulter (p. ex., diabète, grossesse); mais comme de toute évidence le fait d'avoir un médecin attitré facilite le dépistage, il y a lieu de croire qu'avec le temps, le médecin finira par faire subir des tests préventifs. Selon les résultats d'une étude, les femmes qui subissent un test de Papanicolaou sont proportionnellement plus nombreuses à voir également subi une mammographie et vice versa (Kirkman-Liff et Kronenfeld, 1992).

L'organisation du système de soins de santé et de certains services au sein du système a un impact sur le dépistage. Les périodes d'attente pour subir un test, obtenir les résultats, subir des tests de suivi et recevoir un traitement, le cas échéant, varient. L'emplacement des services influe sur l'accessibilité de ceux-ci. Le fait de vivre dans un endroit où il est impossible d'avoir un médecin régulier empêche de bénéficier de cette relation. En raison de la spécialisation des services (p. ex., les cliniques de MTS qui ne font pas subir de tests de Papanicolaou), certains médecins peuvent tenir pour acquis qu'un autre professionnel s'occupe du dépistage.

Le modèle médical, qui est le modèle traditionnel enseigné aux médecins, n'encourage pas les professionnels de la santé à dépister des troubles que le médecin ne peut pas guérir (p. ex., mauvais traitement infligés aux enfants, aux femmes, tabagisme, alcoolisme, surpoids, etc.). En outre, comme la plupart des tests sont une source de peur, de honte et de gêne, le pourvoyeur de soins a besoin d'avoir une excellente capacité de communiquer. Certains auteurs et chercheurs ont fait ressortir le besoin de différents modèles de communication médecin-patients. Les médecins et d'autres professionnels de la santé ont également été critiqués pour leur incapacité de communiquer efficacement avec les usagers du système de soins de santé (p. ex., Batt). Il importe toutefois de se

pencher sur tous les intervenants dans le processus de communication. Selon les résultats de plusieurs études, les gens ne sont pas au courant des tests de dépistage, et la consultation ne représente peut-être pas le moment idéal pour acquérir une compréhension du test, de sa valeur, des risques qui y sont associés, etc. D'autres personnes connaissent les tests, mais ne savent pas si elle doivent les subir, et attendent que le médecin les prescrive. Il importe donc de s'intéresser à la responsabilité du patient en ce qui concerne ses soins de santé et de communiquer ses besoins au médecin en tenant compte du jeu de pouvoir qui s'exerce dans ces relations.

Des craintes au sujet du non respect de la confidentialité étaient associées à un grand nombre de tests et font ressortir la méfiance à l'égard du système. En général, les chercheurs ont trouvé que les Canadiens et les Américains ont confiance dans les médecins et les hôpitaux (Louis Harris, Associates et Westin, 1992). Il est clair qu'il existe des craintes au sujet de la confidentialité des dossiers médicaux et, en Europe, les législateurs ont pris des mesures pour restreindre sévèrement l'accès à l'information. La recherche sur le dépistage exigera le recours aux registres des maladies, à l'identification des cas et des témoins au moyen des dossiers médicaux et d'autres types d'accès à des renseignements qui peuvent être de nature très délicate. La méfiance de la population peut être amplifiée si des mesures de protection adéquates ne sont pas prises et perçues comme efficaces par la population (Thurston, Burgess et Bischoff, 1995).

Le soutien social semble jouer un très grand nombre de rôles dans le dépistage. La reconnaissance publique de l'importance du test constitue un facteur de motivation non négligeable, et le fait que de nombreuses personnes ont subi le test peut contribuer à accroître l'acceptabilité sociale de ce test et atténuer le sentiment de gêne. Le soutien social peut atténuer d'autres difficultés comme le manque de services de garde d'enfants, les problèmes de transport et d'autres entraves à l'accessibilité. En outre, le réseau social peut fournir l'information sur le moment de subir le test, l'endroit, l'intervalle de dépistage, l'interprétation des résultats, etc. De plus, le soutien social peut contribuer à atténuer la crainte du diagnostic ou le sentiment d'être incapable de faire face à de mauvaises nouvelles.

L'apparence d'une variation des entraves selon l'épreuve de dépistage peut être liée au contexte, par exemple, certaines entraves peuvent être plus importantes à différents moments dans l'histoire d'une épreuve de dépistage. En outre, les entraves à la formation de l'intention peuvent différer de celles qui s'opposent à l'action pour la même épreuve de dépistage. Les tests de dépistage dont l'efficacité n'a pas été démontrée de façon absolue risquent davantage d'être perçus comme peu utiles. Pour certaines cultures, la langue dans laquelle le service est fourni peut représenter un problème, mais cela n'est pas le cas pour toutes les minorités.

C. Entraves systémiques par opposition aux entraves personnelles

La majorité des questions qui ont été relevées souvent et pour l'ensemble des protocoles de dépistage exigent des solutions sociales ou systémiques plutôt que des programmes qui s'adressent à des particuliers; par exemple, la pauvreté, le transport, les services de garde d'enfants, le manque de temps, l'organisation des services (emplacement, connaissance, capacités et attitudes du personnel, langue dans laquelle les services sont dispensés), le fait d'avoir un pourvoyeur de soins régulier et l'importance accordée aux services préventifs. Les entraves personnelles qui pourraient être éliminées par l'éducation publique ou dans le cadre de la relation médecin-patient englobent : la peur des résultats, la connaissance des tests, la honte et la gêne et l'adoption d'un rôle actif dans le dépistage.

Un nombre restreint des recherches qui ont été examinées avaient été réalisées au Canada. Cela peut poser un problème dans l'interprétation des résultats, étant donné que la majorité des recherches ont été réalisées aux États-Unis, où le système de soins de santé est très différent. Cela a toutefois des répercussions sur la façon dont le système sera restructuré en cette période de «réforme» dans le domaine de la santé.

Peu d'articles ont comparé les entraves à différentes épreuves de dépistage. C'est surtout dans les domaines du dépistage du cancer du sein et de celui du col utérin que les similitudes dans les entraves aux différentes épreuves de dépistage ont été analysées. Il est cependant rare de trouver dans cette littérature des études dans lesquelles on compare les associations entre le dépistage du cancer du sein et celui du cancer du col utérin et d'autres mesures de prévention (Norman et coll., 1991).

Section III
Interventions

I Introduction

On a déployé un certain nombre d'efforts pour augmenter les taux de dépistage. Dans le présent chapitre, nous relèverons certaines des interventions destinées aux patients ou aux pourvoyeurs de soins décrites dans le littérature, relativement à chacun des neuf problèmes à l'étude. Dans la mesure du possible, nous indiquerons les avantages et les lacunes des interventions. Enfin, nous ferons un survol du présent chapitre dans le sommaire.

II Interventions s'adressant aux patients et aux pourvoyeurs de soins

A. Cancer du sein

Rimer (1994) a fait une recension de la littérature portant sur les interventions destinées à accroître les taux de dépistage du cancer du sein. Elle a classé ces interventions de la façon suivante :

1. Interventions axées sur la patiente, p. ex., lettres de rappel et counselling téléphonique
2. nterventions axées sur le système et le médecin, p. ex., mécanismes informatisés ou manuels d'incitation et de rappel
3. Interventions visant à accroître l'accessibilité des services, p. ex., caravane ou service de transport pour conduire la patiente à son rendez-vous
4. Interventions axées sur le réseau social, p. ex., influence des leaders dans un groupe
5. Interventions reposant sur plusieurs stratégies et faisant appel à une combinaison des interventions susmentionnées.

Elle relève plusieurs études qui ont mis en évidence des améliorations statistiquement significatives de la participation à la suite des interventions. La figure I décrit brièvement les divers types d'interventions et l'ampleur du succès indiqué par les auteurs. Nous n'avions recensé aucune des études citées par Rimer dans le cadre de notre recherche sur les entraves, ce qui donne à penser que le mot entraves (*barriers*) ne figurait pas dans les résumés ou parmi les mots clés. Cette absence pourrait signifier que les auteurs n'ont pas utilisé, pour guider les interventions, un cadre théorique relatif aux comportements préventifs. Dans l'ensemble, la hausse des taux de dépistage par mammographie était modeste (c.-à-d., 15 %, 12 %, 28 %), même si l'on avait recours à des interventions relativement intensives. Ainsi, dans un programme qui comportait des

interventions axées sur le médecin, des services gratuits de mammographie, un envoi postal annuel aux femmes ainsi que des lettre de rappel et du counselling téléphonique, on a observé un écart de 12 % entre le groupe d'intervention et le groupe témoin. Dans d'autres études que Rimer considèrent comme une réussite, il a été impossible d'évaluer les gains puisque les auteurs n'indiquaient pas les taux des groupes témoins. Aucune étude du rapport coût-efficacité ne figurait dans cette recension.

Zapka et coll. (1993) ont utilisé une intervention axée sur le médecin qui comprenait une série de services sur place portant sur l'examen des seins et l'acquisition d'autres habiletés essentielles, des bulletins d'information périodiques, la fourniture de matériel éducatif à l'intention de la patiente ainsi que la fourniture de matériel et de formulaires facilitant la gestion des interventions. On sensibilisait régulièrement les femmes dans la collectivité, en faisant appel à un éventail de stratégies. Les taux de dépistage du cancer du sein se sont améliorés tant dans la collectivité faisant l'objet de l'intervention que dans la collectivité témoin, mais, après trois ans, on n'observait aucune différence entre les deux collectivités tant au chapitre des taux de mammographie que des taux d'examen clinique des seins.

Dans le cadre d'un projet, on a interrogé 52 médecins omnipraticiens d'une université relativement à sept épreuves de dépistage du cancer. Les répondants ont indiqué que quatre facteurs expliquaient le non-recours au dépistage : leur opposition à l'épreuve; l'oubli; le manque de temps; les réticences du patient à l'égard de l'épreuve ou son refus de celle-ci. Il semble donc que l'opposition du médecin à l'épreuve joue un rôle aussi décisif que les craintes du patient. Afin d'inciter les médecins à utiliser davantage les sept épreuves de dépistage du cancer du sein, 62 résidents en médecine interne ont été répartis au hasard dans l'un des six groupes d'intervention : 1) vérification des neuf derniers mois, rétroaction individuelle et invitation à cinq déjeuners-causeries éducatifs; 2) réception d'un rappel concernant le dépistage du cancer à chaque visite du patient (on y précise les épreuves qui sont indiquées en fonction du sexe et de l'âge du patient, l'intervalle recommandé entre les épreuves, la date de la dernière épreuve et les épreuves actuellement requises; et 3) groupe témoin ou absence d'intervention. Dans chaque groupe, la moitié des patientes ont reçu une lettre et une brochure sur l'examen clinique des seins et la mammographie. En comparant les réponses des médecins aux dossiers des patientes, on a notamment observé que les praticiens surestimaient la fréquence à laquelle ils prescrivaient toutes les épreuves; ainsi, les taux de mammographie s'établissaient à 49 % selon les répondants, à 23 % selon les dossiers. La vérification suivie d'une rétroaction se traduisait par un plus grand recours à la mammographie et à l'examen des seins, à la recherche de sang occulte dans les selles et au toucher rectal, lorsque le recours à ces épreuves avait été évalué avant l'intervention. Les rappels relatifs au dépistage du cancer se soldaient par une hausse du recours à toutes les épreuves, à l'exception du frottis de Papanicolaou. L'éducation des patients permettait tout au plus d'accroître le recours à la mammographie chez les médecins qui avaient reçu des rappels relatifs au dépistage du cancer. (McPhee, Bird, Jenkins, Fordham, 1989, p. 1868).

Divers auteurs font état du succès de certaines interventions, mais ne fournissent guère de précisions qui pourraient servir de base à une évaluation. Rubenstein (1994) signale avoir demandé à des bénévoles d'enseigner l'auto-examen des seins, à des femmes autochtones d'enseigner cette technique à d'autres femmes autochtones, à des bénévoles de fournir de l'information sur les services de dépistage à bas prix par le biais d'une ligne téléphonique sans frais, et avoir financé un service gratuit de mammographie dans les régions défavorisées.

Figure 1 : Résumé des différents types d'interventions et des résultats de Rimer (1994)

Messages fondés sur les attributs à l'intention des femmes de plus de 40 ans : amélioration de leur sentiment de responsabilité personnelle à l'égard de la mammographie; amélioration des taux de dépistage tous les 12 mois

Lettres de rappel et counselling interactif par téléphone chez les femmes âgées de 50 à 60 ans : participation 3 fois plus élevée au dépistage (taux de référence non indiqué)

Lettres de rappel et counselling par téléphone à l'intention des femmes non participantes, interventions axées sur le médecin, mammographies gratuites pendant 3 ans : écart de 12 % entre les femmes du groupe d'intervention et celles du groupe témoin

Lettre de recommandation et carte de rappel : participation doublée (succès mitigé chez les femmes habitant à 45 minutes du service, en mauvaise santé ou fumeuses)

Counselling par téléphone et lettre personnelle : augmentation de 14 % par rapport aux témoins (taux inférieur en cas de problèmes d'accès)

Interventions axées sur le médecin, campagnes communautaires, réduction des coûts pendant 3 ans : hausse de 25 % dans le collectivité faisant l'objet de l'intervention, de 10 % dans la collectivité témoin

Caravane, coût réduit, sensibilisation dans l'ensemble de la collectivité, envois postaux personnels aux clients du centre de santé : participation accrue de 28 %

Sensibilisation des médecins et prise de contact avec ces derniers conjuguées à des interventions communautaires visant à inciter les femmes à demander la mammographie : 8 fois plus de prescriptions de mammographie par les médecins

Utilisation des services d'une infirmière clinicienne : augmentation de 22 %

Messages d'éducation à la santé adaptés aux personnes de plus de 65 ans, réduction du coût, caravane : hausse de 33 % par rapport aux témoins

Recours à des femmes conscientes des différences culturelles pour recruter des patientes dans les salles d'attente des établissements communautaires et des cliniques : augmentation de 8 %

B. Cancer du col utérin

Au cours d'une intervention d'une durée de 18 mois auprès d'Américaines défavorisées de race noire, des infirmières cliniciennes et des travailleurs en santé publique ont été priés de recruter des femmes dans les cliniques publiques et les établissements communautaires (Ansell, Lacey, Whitman, Chen et Phillips, 1994). On a mis sur pied une base de données informatisées dans chaque endroit où était exécuté le programme et offert une formation poussée pour aider les infirmières à offrir des soins de qualité. Une lettre de rappel était émise deux semaines avant le rendez-vous. On préparait également des lettres expliquant le suivi recommandé ou les résultats des épreuves. Pour chaque clinique, on sélectionnait un groupe témoin qui ne faisait l'objet d'aucune intervention. La connaissance de l'existence du programme gratuit de dépistage a augmenté de 24 % à la clinique communautaire témoin, et de 26 % à la clinique faisant l'objet de l'intervention. Ces deux résultats sont statistiquement significatifs, mais, manifestement, l'intervention n'a guère donné de meilleurs résultats que l'absence d'intervention. À l'hôpital faisant l'objet de l'intervention, on a observé une hausse significative (8 %) de la prise de conscience, mais aucune augmentation à l'hôpital témoin. Black et Ades (1994) ont analysé plusieurs projets de démonstration ayant pour but d'accroître le dépistage, en particulier chez les sujets défavorisés sur le plan socio-économique et mal desservis. Les chercheurs ont recommandé sept stratégies qui ont donné de bons résultats : avoir recours, pour approcher les gens, à du personnel issu de la collectivité; sensibiliser les gens par le biais de programmes existants plutôt que de programmes distincts; intégrer les questions relatives au cancer et l'information à ce sujet à des questions intéressant davantage la collectivité; concevoir de la documentation adaptée à la réalité culturelle de la collectivité; veiller à la simplicité des messages; avoir une attitude positive quant à la capacité des sujets d'influer sur leur santé; mettre l'accent sur la santé et le bien-être, plutôt que sur le cancer et la peur.

Sung et coll. (1992) ont formé des travailleurs en santé communautaire non professionnels qu'ils ont chargés d'inciter des femmes noires à faible revenu de la zone urbaine à participer à des programmes de dépistage. Moins de la moitié des femmes approchées ont accepté de participer. Les auteurs concluent qu'il faut se montrer plus soucieux de concevoir des stratégies d'intervention efficaces.

C. Cancer de la prostate

Martin (1990) a décrit une étude quasi-expérimentale dans le cadre de laquelle les employés d'une grande entreprise du sud-ouest des États-Unis ont participé à un programme de sensibilisation au cancer de la prostate. Les participants au programme recevaient de l'information liée aux comportements, aux valeurs et aux croyances à l'égard de la santé, de l'information portant expressément sur la maladie ainsi que de l'information sur les facteurs de risque et les techniques de dépistage. Des questionnaires ont été remplis avant et après l'intervention par 566 et 571 employés, respectivement. La majorité des participants étaient âgés de moins de 40 ans, de race blanche, mariés et avaient fait des études secondaires. L'écart entre les résultats avant et après l'intervention était statistiquement

significatif (0,01), mais l'auteur de cette étude n'a pas évalué le comportement. Aucune donnée ne vient étayer l'hypothèse selon laquelle la sensibilisation des sujets s'est traduite par une amélioration des comportements à l'égard du dépistage.

D. Cancer colorectal

Des infirmières étaient responsables de l'un des trois projets de sensibilisation au cancer colorectal à l'intention de personnes âgées bénéficiant d'un programme de service de repas de l'État : recours à des personnes âgées comme enseignants et démonstrateurs; utilisation de méthodes d'apprentissage adaptées au groupe d'âge et tenant compte de facteurs tels que la perte de la mémoire à court terme; combinaison des deux méthodes précédentes; méthode traditionnelle ou méthode de contrôle (p.324). Les dernières interventions n'ont pas été décrites. Chaque participant a reçu une trousse de dépistage *Hemoccult II*. C'est la méthode combinée qui a donné les meilleurs résultats; les taux réels de dépistage ne sont toutefois pas précisés (Weinrich, Weinrich, Boyd, Johnson et Frank-Stromborg, 1992).

Les chercheurs ont eu recours à des publicités de services publics, à des articles dans les médias et à de l'information par le biais de services de renseignements médicaux pour sensibiliser les gens à l'importance du dépistage et aux méthodes de dépistage (Molgaard, Ryden, Robin, Gresham, Elden et Scutchfield, 1990). Ils n'ont pas évalué l'amélioration des taux de dépistage. L'intervention s'est soldée par une meilleure connaissance de la maladie et des méthodes de dépistage, mais on a observé la persistance de certaines idées fausses (p. ex., la nécessité d'une colostomie) concernant la maladie.

E. Facteurs de risque de maladies cardiovasculaires

Des travailleurs en santé communautaire ont reçu la formation voulue pour fournir de l'information sur le traitement de l'hypertension artérielle et les soins à cet égard aux patients d'un service d'urgence qui présentaient ce problème. Les intervenants soulignaient l'importance du suivi et remettaient aux patients une fiche d'enregistrement de la tension artérielle, format de poche. Ils téléphonaient aux patients (au moins trois tentatives) pour leur rappeler leurs rendez-vous de suivi. Le rappel par téléphone s'est soldé par une augmentation de la participation de 19 %. Le compte rendu n'indique pas clairement si chaque patient a bénéficié de tous les volets de l'intervention. Le groupe témoin semblait composé des patients qu'il avait été impossible de joindre.

Linnan, Gans, Hixson, Mendes, Longpre et Carleton (1990) décrivent la formation et l'utilisation fructueuse de bénévoles chargés d'offrir de l'éducation et du counselling sur le dépistage des facteurs de risque dans le cadre du *Pawtucket Heart Health Program*.

Cowell, Montgomery et Talashek (1989) ont conclu qu'après huit ans d'éducation sanitaire en milieu scolaire, la prévalence du risque de maladies cardiovasculaires chez les élèves de sixième année n'avait pas diminué. Le dépistage était intégré au programme.

Les personnes qui avaient été averties, après le dépistage initial, qu'elles couraient un risque élevé semblaient se conformer davantage au suivi (Gordon, King et Whelton, 1990). Il serait toutefois contraire à l'éthique de transmettre un tel renseignement dans le but d'accroître le suivi. Il est possible que ce soit la manière dont le message est transmis aux gens qui a une incidence sur les taux de suivi.

F. VIH et G. MTS

Dans un hôpital privé du Texas, on a mis en oeuvre, dans l'ensemble de l'hôpital, un programme volontaire de dépistage de la séroprévalence du VIH (Harris, Boisaubin, Salyer et Semands, 1990). On a conçu un formulaire spécial de consentement, et les patients pouvaient obtenir de l'information auprès des professionnels de la santé. Environ la moitié des patients ont subi volontairement l'épreuve de dépistage. Le programme ne comportait aucun volet sur la planification de l'intervention en vue de prévenir les infections nosocomiales, et même si les auteurs concluent que le programme a présenté des avantages pour les patients, les données ne sont pas probantes. Les épreuves se sont soldées par 12 faux positifs et 15 vrais positifs. Il est fait mention d'un cas de transgression au processus de consentement.

Dans un autre projet mis sur pied au Texas, on a utilisé un relevé des secteurs où les comportements à risque élevé étaient répandus pour accroître le dépistage des MTS et du VIH (Hutcheson et coll., 1993). Une équipe a visité les 21 secteurs et procédé à des prélèvements sur place, veillé à ce que les personnes atteintes de MTS ou exposées à ces maladies reçoivent le traitement voulu et recueilli les données nécessaires au suivi. Deux médecins en pratique privée oeuvrant dans les collectivités visées ont fourni des soins médicaux, procédé à des épreuves et noué des liens de collaboration avec les organismes de service social et les organisations communautaires. On a découvert plusieurs cas qui n'avaient jamais été diagnostiqués. Dans ce projet, le taux de suivi impossible était de 1 %, alors qu'il atteignait 33 % dans un programme analogue mis en oeuvre à Philadelphie. Le succès du programme a été attribué aux méthodes d'approche novatrices ainsi qu'à l'entretien de bonnes relations avec la collectivité visée.

H. Mauvais traitements infligés aux adultes

Aucune étude trouvée

I. Mauvais traitements infligés aux enfants

Aucune étude trouvée

III Sommaire

Nous ne prétendons pas avoir fait ici une recension exhaustive des essais sur le terrain. Comme nous l'avons souligné dans le paragraphe consacré au dépistage du cancer du sein, un certain nombre d'essais sur le terrain n'ont pas été relevés au cours de notre recherche documentaire, sans doute parce que le mot «entrave» (*barrier*) n'était pas utilisé comme mot clé. Cette absence pourrait signifier que les auteurs n'ont pas utilisé de cadre théorique. En effet, il est rare que les auteurs des articles susmentionnés fassent état d'un cadre ou d'un modèle théorique. Peu d'articles décrivent des interventions axées sur les soignants. Dans bon nombre d'articles, le succès de l'intervention est évalué en fonction de son incidence sur les connaissances et non sur le comportement à l'égard du dépistage.

Le taux de réussite (de faible à modéré) des interventions constitue la similitude la plus frappante entre les programmes. Les interventions faisant appel à plusieurs stratégies ne semblent pas donner de meilleurs résultats que les interventions uniques. En outre, bon nombre d'études portent sur des interventions exigeant des ressources considérables et ne sont donc pas à la porté de nombreux d'établissements. Il est rare qu'on fasse état d'évaluations du processus. Conjuguées aux évaluations des résultats, les évaluations du processus facilitent la détermination de la généralisabilité de tout programme. Certaines données donnent à penser que la participation de la collectivité visée et des organismes communautaires influe favorablement sur la réussite et la durabilité de l'entreprise. Telle est l'approche privilégiée par la promotion de la santé.

Section IV
Considérations méthodologiques

I Introduction

Toute recherche dans le domaine des soins de santé comporte un certain nombre d'étapes : détermination des questions auxquelles il faut répondre, sélection d'un plan qui permettra de recueillir les données nécessaires en investissant un minimum de ressources, interprétation et diffusion des résultats, et application de la recherche à la pratique. Nous décrirons dans le prochain chapitre les points forts et les limites associés au repérage des questions de recherche dans les publications sur le dépistage. Nous traiterons de questions générales relatives au plan de recherche, notamment les biais d'échantillonnage, des questions concernant l'opérationnalisation des variables et l'application du plan de recherche. Nous décrirons enfin le rôle des études d'évaluation.

II Questions de recherche

La plupart des recherches visant à déterminer les entraves au dépistage portaient plus particulièrement sur les entraves à l'échelle individuelle. Même s'il ressort que les entraves systémiques constituent l'un des principaux facteurs qui influent sur la capacité d'un individu de participer à un programme de dépistage, les caractéristiques systémiques n'ont été examinées que dans un très petit nombre d'études. Et quoique le coût du dépistage, la difficulté d'accès à ce service et l'impossibilité de s'absenter de son travail aient été classés parmi les entraves au dépistage (Lantz, 1994; Rubenstein, 1994; Saint-Germain, Bassford et Montano, 1993; Skubi, 1988), seuls quelques chercheurs se sont penchés sur les facteurs socio-économiques qui sous-tendent ces entraves. En outre, nous n'avons trouvé aucune étude qui portait sur les déterminants du comportement des médecins, y compris les déterminants systémiques, malgré le fait que l'omission de la part du médecin d'orienter un patient vers un service de dépistage ait été définie à maintes reprises comme une entrave (Costanza, Stoddard, Zapka, Gaw et Barth, 1991; Harlan, Bernstein et Kessler, 1991). Les publications sur le dépistage fournissent très peu de données sur les facteurs qui influent sur le comportement des médecins et, partant, incitent ces derniers à se conformer aux lignes directrices relatives au dépistage. On pourrait retrouver ce genre de renseignements dans les ouvrages de formation médicale continue. On ne traite pas non plus dans les études de l'influence d'autres professionnels de la santé.

Les normes, les attitudes et les valeurs ou l'éthique sont d'autres facteurs culturels qui ont été peu étudiés et dont le rôle mérite d'être clarifié. Certains hommes peuvent ne pas se soumettre à une épreuve de dépistage parce qu'un tel acte n'entre pas dans leur schème des comportements acceptés. Certains tests de dépistage peuvent être plus délicats que d'autres (p. ex., cancer du col utérin, cancer de la prostate ou infection à VIH) à cause des attitudes de la collectivité face à la discussion des problèmes ayant trait à la sexualité. Les articles traitant de l'aspect éthique de méthodes de dépistage se

limitaient assez souvent au VIH et au sida. Dans un tout autre domaine, on invitait le lecteur dans un article à intervenir auprès des femmes pour qu'elles incitent leur partenaire à subir un test de dépistage. Si ce type d'intervention semble indiqué, il n'en demeure pas moins qu'il nous faut résoudre un épineux problème d'éthique qui en découle : devons-nous accroître la responsabilité des femmes vis-à-vis de la santé des autres?

Il faut en outre développer d'autres axes de recherche, notamment en ce qui concerne l'interprétation des corrélations et la signification des relations. En fait, la construction représentée par une certaine mesure devrait être claire et une telle chose n'est possible que si le cadre théorique a été bien établi. Par exemple, Kirkman-Liff et Kronenfeld (1992) ont indiqué que l'absence de couverture d'assurance était un des principales entraves au dépistage. Selon eux, les femmes non assurées et celles qui ne disposaient pas d'un point de contact habituel pour la prestation de soins (Kirkman-Liff et Kronenfeld, 1992, p. 734) étaient moins nombreuses à participer à des programmes de dépistage que les femmes bénéficiant d'un régime classique d'assurance. Il serait faux de présumer que l'absence d'assurance constituait la principale raison de l'absence de ces femmes au test de dépistage. Les personnes qui ne sont pas assurées peuvent être aux prises avec d'autres problèmes concernant l'alimentation, le logement et le soin des enfants qui peuvent les préoccuper davantage que la participation à des programmes de dépistage. Skubi (1988) a également mentionné que le dépistage du cancer n'était pas considéré comme une question prioritaire par les femmes qui faisaient face à d'autres problèmes socio-économiques tels que la pauvreté, un logement insalubre et le chômage. D'après Lutz (1989), les femmes qui étaient les principaux pourvoyeurs dans une famille participaient moins en général à des programmes de dépistage même si elles étaient membres d'une organisation de soins intégrés (HMO). Il est manifeste, dans ces cas, que les entraves au dépistage ne tiennent pas simplement à l'accès ni à la couverture d'assurance non plus qu'aux coûts du service.

Certains sujets de recherche sont tout simplement négligés. Par exemple, il existe peu d'études sur le rôle et l'influence d'autres professionnels de la santé (p. ex., la présence d'une infirmière dans le cabinet ou la clinique contribue-t-elle de façon importante à accroître le nombre de personnes qui subissent un dépistage?). Dans les études sur le terrain qui comportent plusieurs interventions, on examine rarement les hausses supplémentaires dans l'observance dues à chacune des interventions. Si les décideurs doivent éliminer une intervention dans un projet à plusieurs volets, ils auraient besoin de cette information pour choisir celle qu'il serait plus indiqué d'écarter. Et parallèlement, on ne dispose pas d'études sur les rapports coûts-efficacité ou coûts-avantages.

Les études qui obtiennent de bons taux d'observance pour le dépistage en essayant par divers moyens de recruter des sujets, de soutenir leur motivation et d'encourager leur participation au test de dépistage peuvent ne pas avoir une grande utilité sur le plan pratique parce que la plupart des établissements n'ont pas les ressources pour reprendre ces interventions. Une autre question dont on n'a pas tenu compte est celle de la viabilité des programmes. Elle est naturellement liée à la question du coût, mais aussi à celle de l'élaboration de programmes et de l'appropriation des programmes par la collectivité.

III Plan de recherche

A. Biais d'échantillonnage

L'un des reproches que l'on peut faire à de nombreuses études sur l'utilisation des services de dépistage du cancer du sein est le fait que leur échantillon n'est constitué que de femmes de race blanche, issues de la classe moyenne (instruites) qui ont assez facilement accès à des services médicaux (Aiken et coll., 1994; Baumann et coll., 1993; Zapka et coll., 1992). Dans cette dernière étude, les patientes étaient âgées de 35 à 92 ans (moyenne de 55,4, écart-type 13,4). On observe également des biais de ce type dans des études sur le dépistage du cancer du col utérin (Henning et Knowles, 1990; Hill, Gardner et Rassaby, 1985). Dans d'autres études, l'omission de décrire précisément les caractéristiques démographiques de l'échantillon compliquait l'interprétation et la généralisation des résultats (Gregorio, Lolachi et Hansen, 1992; Houlston, Murday, Harocopos, Williams et Slack, 1990). Les considérations démographiques sont importantes, surtout lorsque les sujets sont choisis parmi les clients de services de santé parce que ces échantillons sont foncièrement biaisés.

B. Opérationnalisation

L'absence de cadre théorique satisfaisant et d'opérationnalisation des constructions utilisées pour mesurer les habitudes liées à la santé peut expliquer les lacunes observées dans les études qui présentaient un niveau important de variance attribuable aux constructions étudiées (Aiken, et coll., 1994; Fulton et coll., 1991; Burack et Liang, 1989; Henning et Knowles, 1990).

Aiken et coll. (1994) ont retracé 12 études portant sur les prédicteurs de la présence à une mammographie de dépistage. Ils ont indiqué que les six études transversales examinées utilisaient comme critère le fait d'avoir déjà subi une mammographie, ce qui peut avoir affaibli la relation entre les croyances à l'égard de la santé et le dépistage par mammographie (p. 123). Ils recommandent l'utilisation de deux facteurs pour mesurer l'observance : a) la date du dernier mammogramme et b) l'âge (Aiken et coll., 1994). C'est la seule façon de déterminer si le comportement d'une femme face au dépistage est adapté à son âge.

Dans les études d'intervention, l'opérationnalisation des résultats est importante. Dans certains cas, les chercheurs ont fait remarquer qu'il est possible d'accroître l'utilisation des services de dépistage en s'attaquant aux questions d'accès et en renseignant davantage les patientes sur l'examen à subir (Ansell, Lacey, Whitman, Chen et Phillips, 1994). S'il est vrai que ces études établissent en général une corrélation entre le développement des connaissances et l'augmentation de la participation aux programmes de dépistage (Kriedler, Campbell, Lanik, Gray et Conrad, 1994), leurs auteurs n'ont mesuré que les comportements face au dépistage tout de suite après une activité d'éducation (Weinrich et coll., 1992) ou n'ont aucunement mesuré ces comportements et ont présumé que le changement dans le niveau de connaissances serait un prédicteur de changement dans le comportement.

C. Mise en oeuvre

Une des étapes de toute recherche dans le domaine des soins de santé consiste à mettre en oeuvre les stratégies de recherche qui permettront de recueillir les données requises en investissant un minimum de ressources. Les études où l'on a réussi à surmonter les entraves au dépistage en adoptant plusieurs stratégies d'intervention en vue de recruter les sujets, de soutenir leur motivation et d'encourager l'adoption de comportements favorables à la santé (Sung et coll., 1992) se révéleront peu utiles en pratique parce qu'elles exigent des ressources trop importantes.

D. Sélection des méthodes

Shiffman et coll. (1991) citent les progrès méthodologiques suivants qui ont permis de raffiner les recherches sur les comportements liés à la santé et qui peuvent encore contribuer à les améliorer : prise en compte de l'individu plutôt que du groupe comme unité d'analyse; auto-évaluation des comportements servant à valider les données biochimiques; augmentation de la durée de suivi pour la validation de changements de comportement signalés; utilisation de techniques statistiques plus perfectionnées; évaluation des processus de même que des résultats afin de mieux comprendre toutes les étapes du changement de comportement. Bloom (1994) appuie les recommandations de Shiffman et coll. (1991) et reconnaît comme nous que la recherche devrait s'appuyer sur la théorie et tenir compte du rôle du système, du professionnel et de l'individu.

Aiken, West, Woodward et Reno (1994) recommandent plus particulièrement l'utilisation d'une méthode d'analyse hiérarchique où les prédicteurs des comportements liés à la santé sont systématiquement pris en considération dans l'analyse; ainsi, la valeur prédictive de chaque variable est évaluée de façon plus exacte. Fulton et coll. (1991) sont d'avis que les études prospectives, même si elles sont plus coûteuses, peuvent aider à mieux comprendre la relation entre les croyances face à la santé et les comportements.

E. Études d'évaluation

Grâce à des études d'évaluation des processus et des résultats, on sera mieux en mesure d'élaborer des stratégies d'intervention efficaces. S'il est vrai que les évaluations de résultats prédominent dans la littérature, ces méthodes sont limitées par la validité des constructions utilisées pour mesurer le succès. Par contre, l'évaluation des processus, qui demeure sous-utilisée, peut aider à révéler le degré de conformité au plan d'un programme et les améliorations qui pourraient être apportées (Halvorson, Cohen, Brekke, McClatchey et Cohen, 1993). Shiffman et coll. (1991) préconisent de recourir davantage aux évaluations de processus dans les études comportementales sur la prévention et la détection précoce du cancer.

Des rapports d'évaluation portant sur toute la durée de vie de programmes doivent être publiés afin d'étendre le corpus de connaissances sur les problèmes d'élaboration de programmes et la généralisabilité des programmes. Blackwell et Cartwright (1988) ont distingué quatre stades dans la vie d'un programme : 1) le plan ou l'idée préliminaire; 2) le programme nouveau ou à ses débuts; 3) le stade où l'on commence à en voir les effets (milieu); et 4) le programme parvenu à sa maturité. Les plans et les questions d'évaluation varient selon le stade du programme. Trop souvent, les évaluations de résultats sont effectuées avant que le programme ait été bien mis en oeuvre (stades 1 et 2) et les problèmes techniques réglés.

IV Sommaire

Il se dégage de cette analyse des problèmes méthodologiques plusieurs recommandations qui peuvent aider à améliorer les recherches sur les comportements liés à la santé. Il est essentiel de bien cerner les questions de recherche afin d'examiner les entraves tant au niveau systémique qu'au niveau individuel. Pour éliminer les biais d'échantillonnage, il faut appuyer davantage les études portant sur les populations défavorisées et, ainsi, compléter les nombreuses recherches déjà effectuées sur la population blanche de la classe moyenne. Il faut opérationnaliser les constructions de façon claire et uniforme afin d'accroître leur validité et leur fiabilité et, partant, la généralisabilité des études sur les comportements liés à la santé. Il s'ensuit donc qu'il faut effectuer des études qualitatives qui permettront d'établir un corpus théorique suffisant à partir duquel on pourra élaborer une théorie structurée des comportements liés à la santé. Les méthodes de recherche sélectionnées doivent permettre l'application pratique des recommandations relatives aux programmes d'intervention. Comme les habitudes liées à la santé comportent plusieurs facettes, il importe que les recherches effectuées dans ce domaine soient multidisciplinaires.

Section V
Besoins futurs en recherche

I Introduction

Dans ce chapitre, nous déterminerons quels types de recherches sont nécessaires à la lumière de ce qui a été dit dans les chapitres précédents.

II Modèles ou cadre théorique

On peut tirer beaucoup d'enseignements du secteur de la promotion de la santé en ce qui a trait à la théorie, aux modèles et aux cadres (Pederson, O'Neill, Rootman, 1994). Dans le passé, les activités de prévention primaire, secondaire et tertiaire étaient centrées sur la maladie et le risque, tels que définis par les enquêtes épidémiologiques. Le concept de soins primaires, qui est étroitement lié au développement de la promotion de la santé, a eu pour effet d'élargir la vision des professionnels de la santé, qui ont commencé à s'intéresser davantage aux volets comportemental et social de l'épidémiologie. De façon générale, la promotion de la santé a mis cependant l'accent sur l'importance des ressources pour atteindre ou maintenir un certain niveau de santé à l'échelle individuelle (p. ex., capacité d'adaptation) ou communautaire (p. ex., infrastructure, mentalités). La promotion de la santé est donc liée aux trois niveaux de prévention et peut influer sur les habitudes de prévention (Thurston, 1991). L'Organisation mondiale de la santé (Epp, 1986) définit la promotion de la santé comme le processus qui confère aux populations les moyens d'assumer une plus grande emprise sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci. Dans le contexte de la promotion de la santé, les programmes de prévention qui ont pour effet de réduire cette emprise devraient donc être remis en question.

Le fait de se soumettre à un test de dépistage est l'un des nombreux comportements qui favorisent la santé. Dans l'optique de la promotion de la santé, le comportement lié à la santé doit être considéré comme faisant partie des activités de la vie quotidienne. Selon la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé (1986), les déterminants de la santé sont les suivants : paix, logement, éducation, alimentation, revenu, écosystème stable, ressources durables, justice et équité sociale. Dans les modèles de comportement lié à la santé, on conçoit généralement le comportement de façon assez réductionniste, présumant qu'il est rationnel; ainsi, si l'on dit à une personne qu'un test réduira ses risques de mourir d'une maladie donnée, il serait logique de penser qu'elle subira le test. Bien qu'il soit désormais établi qu'une bonne part du comportement ne peut être expliquée par ces modèles (p. ex., Modèle de croyance face à la santé), ceux-ci continuent d'être utilisés, de façon bien souvent insatisfaisante. L'importance relative des déterminants de la santé doit être évaluée; p. ex., même si l'on sait qu'une femme sur 10 qui vit avec un homme est violentée, les publications sur le dépistage du cancer du sein et du col utérin ne font pas état des répercussions de cette absence de paix, de justice et d'équité. En outre, comme la promotion de la santé insiste sur l'importance de donner aux individus et aux collectivités les moyens d'améliorer et de prendre en main

leur santé, elle peut contribuer à modifier la façon de voir les individus à haut risque : il ne s'agit plus de membres d'un «groupe cible» mais de membres d'une communauté à desservir. Par exemple, Hutcheson et coll. (1993) ont travaillé avec la «communauté» des utilisateurs de drogues injectables et ont obtenu un taux de dépistage beaucoup plus élevé que dans les autres programmes.

Aucune publication examinée ne faisait référence à des modèles théoriques du comportement des professionnels de la santé bien que l'une des principales entraves au dépistage soit l'absence de recommandation par un médecin. De plus, les données montrent que les habitudes de prévention sont considérées comme des soins secondaires ou tertiaires par la plupart des professionnels de la santé. Il est simpliste de penser que l'amélioration des connaissances modifiera le comportement des patients, et on peut dire la même chose du comportement des professionnels de la santé.

Pour bâtir une théorie, il faut effectuer des recherches coordonnées dans divers domaines essentiels. En outre, comme les habitudes liées à la santé comportent de multiples facettes, il importe de s'appuyer sur les résultats de recherches multidisciplinaires pour élaborer des stratégies d'intervention efficaces. Une fois que les entraves au dépistage ont été expliquées, ceux qui conçoivent les interventions peuvent avoir besoin de bien connaître les théories de la communication ou du changement social, pour ne nommer que ces deux-là.

III Principales lacunes dans les connaissances

A. Théorie

Bien que de nombreux chercheurs aient modifié ou combiné des modèles, nous n'avons retracé aucune étude qui visait à évaluer la validité de ces modèles. Il faut appliquer de nouveaux modèles (p. ex., étapes du changement, influence triadique) et effectuer des recherches fondamentales en vue de cerner les constructions théoriques et évaluer la validité et la fiabilité des mesures. Ce travail est indispensable pour de nombreuses raisons, notamment la nécessité de mieux comprendre les facteurs qui empêchent une personne de se présenter à un examen de dépistage et le besoin de documenter des stratégies d'interventions efficaces.

Comme les théories sociales et psychologiques du changement revêtent une importance manifeste, il est essentiel d'effectuer des recherches multidisciplinaires.

B. Système de soins de santé

Rares sont les recherches sur le sujet menées au Canada. On peut certes apprendre beaucoup des études effectuées dans d'autres pays; toutefois, comme la majorité des entraves sont systémiques et que les systèmes de soins de santé au Canada et aux États-Unis diffèrent à l'heure actuelle, certaines études doivent être réalisées dans le contexte social canadien. Si dans plusieurs études américaines, la non-recommandation du test par le médecin et le fait de ne pas se soumettre au test recommandé étaient associés au coût du test de dépistage, on ne peut être sûr,

cependant, que ces facteurs jouent un rôle aussi important au Canada. Il est vrai que le système de santé est en pleine réorganisation dans tout le pays et que l'influence relative de certains facteurs peut ainsi changer. En fait, cette réorganisation peut être considérée comme une expérience naturelle et fournir l'occasion d'étudier l'impact de certains facteurs systémiques sur les tests de dépistage.

C. Populations ayant des besoins particuliers

Nous n'avons retrouvé aucune étude portant sur les besoins des femmes handicapées et les entraves particulières auxquelles elles font face. Il ne faut certes pas en déduire qu'il n'existe aucune différence; par exemple, certaines études indiquent que le risque d'abus sexuel est quatre fois supérieur chez les femmes handicapées que chez les autres femmes. Selon un auteur, les femmes souffrant d'un handicap physique auraient de la difficulté à subir une mammographie.

Il existe des études sur les femmes américaines de race noire et d'origine hispanique, mais nous n'avons trouvé pratiquement aucune étude sur d'autres groupes raciaux et ethniques. De nombreux centres ont reconnu la nécessité d'offrir des services multiculturels de soins de santé, et il importe de cerner les croyances culturelles qui peuvent entraver ou faciliter le dépistage (Masi, Mesah, McLeod, 1995).

D. Explication des entraves

Aucune des entraves au dépistage n'est bien expliquée dans la littérature. C'est dû au fait que les chercheurs n'ont pas utilisé de cadres théoriques, reproduit les résultats ni effectué des études dans des populations et des endroits différents. Le rôle du niveau de scolarité, du revenu ou du soutien social demeure toujours obscur. Lorsque le transport est cité comme entrave au dépistage, il faut probablement comprendre qu'il s'agit du revenu et que l'accessibilité des transports en commun peut améliorer la situation ou non. Lorsque le revenu disponible d'un particulier est nul, même le coût des transports en commun devient prohibitif. L'absence de services de garde d'enfants peut témoigner de la piètre qualité du soutien social. Dans une étude, Saint-Germain, Bassford et Montano (1993) ont découvert que l'on interprétait différemment les entraves selon que l'information était recueillie dans le cadre d'entrevues personnelles semi-structurées ou une enquête. Il faut tenir compte des entraves à toutes les étapes du dépistage : recrutement, maintien des effectifs, suivi, ou dépistage subséquent. Il n'existait pratiquement pas d'études où l'on distinguait les personnes qui subissaient régulièrement des tests dépistages de celles qui se présentaient à un test pour la première fois. La participation à une épreuve de dépistage par mammographie ou frottis de Papanicolaou permettait de prédire si la personne se soumettrait à une autre épreuve de dépistage, mais rien dans les publications n'indiquait si c'était dû à des variables personnelles (p. ex., sujet plus à l'aise avec le test) ou à des variables systémiques (p. ex., médecin habituel qui effectue le test).

IV Considérations méthodologiques

A. Pertinence des questions

Cet aspect est étroitement lié à l'élaboration et à l'utilisation de cadres théoriques. Nous avons toutefois remarqué que les chercheurs sous-estimaient en général l'importance des variables systémiques; par exemple, les différences dans les taux de dépistage d'une clinique à l'autre peuvent être attribuables au comportement des professionnels de la santé dans ces cliniques ou à des facteurs liés au contexte, plutôt qu'aux caractéristiques des patients. Pour expliquer le comportement des professionnels de la santé, il est essentiel d'utiliser des modèles, et notamment des modèles de diffusion des modes d'exercice préférés et donner une explication des raisons qui motivent leur participation au dépistage.

Pour bien comprendre les entraves au dépistage, il faut également tenir compte d'un aspect important, à savoir que le sujet peut éviter de donner des réponses socialement inacceptables. Saint-Germain, Bassford et Montano (1993) ont abordé cette question lorsqu'ils ont comparé les réponses données dans le cadre d'entretiens avec les réponses fournies lors d'une enquête. Il se peut que certaines personnes préfèrent citer comme entrave au dépistage les moyens de transport plutôt que d'admettre leur manque d'argent ou de dire qu'un test est désagréable plutôt que de reconnaître leur ignorance d'un test qui est considéré comme important par sa seule mention dans un questionnaire.

B. Échantillonnage

Bon nombre d'études ne portaient que sur des sujets de race blanche issus de la classe moyenne. Il en résulte un certain nombre de biais qui limitent la généralisabilité des résultats et empêchent d'expliquer certaines entraves ainsi que leurs interactions. Dans les études portant sur les médecins, les taux de réponse sont généralement si faibles que les résultats sont pratiquement sans utilité. Plutôt que d'accepter des taux de réponse de l'ordre de 10 à 30 %, les spécialistes en méthodologie doivent explorer les stratégies rentables qui permettent d'obtenir des échantillons plus satisfaisants et plus représentatifs.

Si l'on veut que les études de populations d'immigrants et de groupes raciaux et ethniques aient une quelconque utilité, il faut définir ce qu'on entend par race, origine ethnique ou culture et opérationnaliser de façon claire ces constructions. Les catégories utilisées dans certaines études américaines, telles que «Blanc d'origine non hispanique», sont difficilement interprétables d'un point de vue culturel et peuvent même occulter les différences. Le Canada a acquis une certaine expertise dans ce domaine (p. ex., Edwards, 1992).

C. Utilisation de méthodes adaptées

Il faudra disposer d'un éventail de méthodes et de plans d'étude pour répondre aux questions soulevées dans la présente analyse. Si l'on veut évaluer la fréquence d'une entrave dans une population, une enquête bien conçue constitue un bon choix méthodologique. Si l'objectif est de mieux comprendre la signification des entraves dans la vie de personnes, une étude phénoménologique serait alors plus indiquée. Les épidémiologistes ont mis du temps à reconnaître la recherche qualitative comme étant une option acceptable, ce qui explique peut-être le peu d'études qualitatives dans ce domaine. Or, on ne peut élaborer une théorie sans méthodes qualitatives.

Les plans d'étude doivent varier selon l'objet de l'évaluation. Lorsqu'on tente d'évaluer les résultats ou les répercussions d'une intervention, plusieurs études d'évaluation ont fait ressortir l'importance de groupes témoins pour tenir compte de la maturité. Il faut user de prudence dans l'interprétation des études soi-disant couronnées de succès où l'on a utilisé un plan expérimental prétest-post-test, et l'utilité de ces études est limitée du fait qu'on ne peut évaluer dans quelle mesure le changement se serait produit sans intervention. Campbell et Stanley (1966) ont passé soigneusement en revue les plans quasi expérimentaux qui peuvent être utilisés dans les études d'évaluation.

D. Études d'évaluation

La plupart des évaluations publiées portaient essentiellement sur les répercussions. Nombre d'entre elles, cependant, mesuraient le changement dans les connaissances plutôt que dans le comportement lorsque le changement de comportement était le résultat attendu. Il faut que les méthodes et l'objectif d'évaluation soient cohérents. L'évaluation des processus est essentielle pour articuler les interventions et déterminer dans quelle mesure on peut les appliquer à d'autres endroits. Les essais pilotes et l'évaluation formative permettent également de raffiner les interventions et de clarifier les stratégies de mise en oeuvre.

V Sommaire

Compte tenu des nombreuses lacunes dans les connaissances relatives au comportement en matière de dépistage, les possibilités de recherche ne manquent pas. La collaboration entre les disciplines est indispensable, et le succès des partenariats et de toute collaboration tient en partie à l'efficacité des stratégies de communication mises en place (p. ex., conférences ou ateliers multidisciplinaires). Pour que des stratégies d'intervention efficaces et efficientes soient élaborées, il est essentiel d'adopter un programme national concerté de recherche. Ce dernier fera ressortir la nécessité d'effectuer des recherches adaptées à la réalité culturelle qui s'appuient sur une théorie, prévoient l'utilisation adéquate de méthodes et favorisent la collaboration pluridisciplinaire.

Section VI
Résumé des recommandations pour la recherche canadienne

I Introduction

Cette revue de la littérature nous a permis de définir les lacunes dans le corpus de connaissances sur le dépistage et donc d'établir les priorités pour la recherche dans l'avenir. Le résumé des recommandations qui suit soulève des questions de contenu de même que des questions d'ordre méthodologique et administratif afin de fournir une orientation générale pour l'action future.

II Priorités en ce qui concerne le contenu

A. Élaborer et mettre à l'essai un ou des modèle(s) de comportement face au dépistage qui tienne(nt) compte des caractéristiques uniques du ou des comportement(s)et des étapes du dépistage (recrutement, retour, suivi, dépistage subséquent) ainsi que les variables socioculturelles et systémiques qui interviennent dans le processus.

Voici une liste des variables socioculturelles et systémiques potentielles qui ont été largement négligées dans la recherche sur le dépistage. L'ordre des points n'est aucunement une indication de leur priorité. Les projets de recherche éventuels pourraient examiner l'influence des facteurs suivants :

- communications/barrières linguistiques (p. ex., le style de communication du pourvoyeur de soins détermine si le patient révélera ou non être victime de mauvais traitements);
- connaissance des techniques de dépistage par le participant;
- connaissances et attitudes du pourvoyeur de soins;
- soutien de l'employeur en ce qui concerne la participation au dépistage;
- soutien social à l'égard du dépistage;
- pauvreté et participation au dépistage;
- accessibilité des programmes de dépistage;
- disponibilité des programmes de dépistage;
- coûts devant être assumés par le participant;
- transport;
- planification, organisation et coordination des services et participation au dépistage;
- soins médicaux réguliers;

- accessibilité de services de garde de qualité à un prix abordable; et
- efficacité/fiabilité du test de dépistage.

B. Autres sujets de recherche potentiels:

- efficacité de programmes de dépistage en milieu de travail et à l'école;
- considérations d'ordre éthique liées au dépistage du VIH et des MTS;
- facteurs systémiques et intra/inter-personnels qui influent sur l'efficacité de l'éducation publique;
- évaluation des répercussions de la restructuration des soins de santé sur les taux de dépistage et études comparatives visant à définir les obstacles systémiques; et
- exigences administratives et méthodologiques pour une recherche multidisciplinaire efficace.

III Priorités méthodologiques

L'efficacité et la pertinence de la recherche sur le dépistage dépendent largement des méthodes employées. Parmi les impératifs méthodologiques, il faut mentionner:

- la participation des intervenants, y compris de groupes de consommateurs, dans le processus de recherche;
- utilisation de méthodes qualitatives pour développer des théories et clarifier des constructions;
- recours à des équipes multidisciplinaires;
- ocalisation de la recherche sur les barrières systémiques auxquelles doivent faire face les populations qui n'ont pas été étudiées (p. ex., les personnes atteintes d'incapacités, les Autochtones, les immigrants et les réfugiés et les populations rurales); et
- conception et évaluation d'études d'intervention fondées sur des modèles de logique explicites.

Les évaluations devraient être réalisées au moyen d'évaluations formatives, d'évaluations de l'efficacité et de l'efficience, et il y aurait lieu d'inclure également des évaluations sommatives et des évaluations des procédés.

IV Principes administratifs

La mise en oeuvre et l'achèvement de recherches efficaces nécessite un soutien administratif continu. Les recommandations relatives au soutien administratif englobent:

- la création d'un programme intégré de recherche afin que les projets puissent être synergiques et servir à créer une théorie formelle;
- le soutien et l'encouragement de la collaboration entre des équipes de recherche multidisciplinaires;
- la production et la diffusion de lignes directrices pour la recherche qui porteraient sur la façon de garantir des taux de réponse et de participation satisfaisants chez les médecins; et
- la production et la diffusion de lignes directrices à l'intention des chercheurs portant sur la collecte de données ethnoculturelles.

Bibliographie

Mauvais traitements

Barth, R.P., & Hacking, S. (1986). Identifying, screening and engaging high-risk clients in private non-profit child abuse preventions programs. Child Abuse & Neglect, 10, 99-109.

Batchelor, E.S., Dean, R.S., Gridley, B., & Batchelor, B. (1990). Reports of child sexual abuse in schools. Psychology in the Schools, 27, 131-137.

Bishop, J. & Patterson, P.G.R. (1992). Guidelines for the evaluation and management of family violence. Canadian Journal of Psychiatry, 37(7), 458-471.

Bohn, D.K. (1990). Domestic violence and pregnancy: Implications for practice. Journal of Nurse-Midwifery, 35(2), 86-98.

Dannenberg, A.L., Baker, S.P., & Guohua, L. (1994). Intentional and unintentional injuries in women: An overview. Annals of Epidemiology, 4920, 133-139.

Direction des services de santé (1989). Soins de santé liés aux mauvais traitements, aux voies de fait, à la négligence et à la violence familiale. Ottawa : Ministère des Approvisionnements et Services.

Evans, D., & Shaw, W. (1993). A social group work model for latency-aged children from violent homes. Social Work with Groups, 16(1-2), 97-116.

Flynn, E.M. (1987). Preventing and diagnosing sexual abuse in children. Nurse Practitioner, 12(2), 47-65.

Fontana, V.J. (1985). Finding the hidden signs of child sexual abuse. Medical Aspects of Human Sexuality, 19(1), 156-158.

Giovanni, J. (1989). Substantiated and unsubstantiated reports of child maltreatment. Children and Youth Services Review, 11, 299-318.

Hansen, C.M., Diamond, P., & Ludwig, S. (1989). Can we protect children from abuse? A review of three cases. Child Welfare, 68(6), 615-621.

Hanvey, L. et Kinnon, D. (1993). Le secteur des soins de santé et la violence faite aux femmes : document de travail établi pour la Division de la prévention de la violence familiale de Santé Canada. Ottawa : Santé Canada.

Hendricks-Matthews, M. K. (1992). Violence: The silent epidemic. In M. Hendricks-Matthews (Ed.). Violence Education: Toward a Solution. Kansas City, MI: The Society of teachers of family Medicine.

Ilnicki, T. (1994). Are family physicians a good resource for women experiencing violence at the hand of their partners? Unpublished Family Medicine Research Project, The University of Calgary, Alberta.

Janikowski, T.P., & Glover, N.M. (1994). Incest and substance abuse: Implications for treatment professionals. Journal of Substance Abuse Treatment, 11(3), 177-183.

Jason, J.M. (1991). Abuse, neglect and the HIV-infected child. Child Abuse & Neglect, 15(Suppl. 1), 79-88.

Krugman, R.D. (1991). Recommendations for the 21st century. Summary of the 8th International Congress on Child Abuse and Neglect, Denver, Co. Child Abuse & Neglect, 15(Suppl. 1), 39-50.

Kurz, D. (1990). Interventions with battered women in health care settings. Violence and Victims, 5(4), 243-256.

Lazzaro, M.V. & McFarlane, J. (1991). Establishing a screening program for abused women. Journal of Nursing Administration, 21(10), 24-29.

McLeod, L. (1989). La violence conjugale : comprendre pour prévenir. Ottawa : Conseil consultatif canadien sur la situation de la femme.

Putnam, F.W. (1993). Dissociative disorders in children: behavioral profiles and problems. Child Abuse & Neglect, 17, 39-45.

Sampselle, C.M., Petersen, B.A., Murtland, T.L., & Oakley, D.J. (1992). Prevalence of abuse among pregnant women choosing certified nurse-midwife or physician providers. Journal of Nurse-Midwifery, 37(4), 269-273.

Stanley, S.R. (1989). Child sexual abuse: Recognition and nursing intervention. Orthopaedic Nursing, 8(1), 33-40.

Cancer du sein

Aiken, L.S., West, S.G., Woodward, C.K., & Reno, R.R. (1994). Health beliefs and compliance with mammography-screening recommendations in asymptomatic women. Health Psychology, 13(2), 122-129.

Ansell, D., Lacey, L., Whitman, S., Chen, E., & Phillips, C. (1994). A nurse-delivered intervention to reduce barriers to breast and cervical cancer screening in Chicago inner city clinics. Public Health Reports, 109(1), 104-111.

Baumann, L.J., Brown, R.L., Fontana, S.A., & Cameron, L. (1993). Testing a model of mammography intention. Journal of Applied Social Psychology, 23(21), 1733-1756.

Black, B.L., & Ades, T.B. (1994). American cancer society urban demonstration projects: Models for successful intervention. Seminars in Oncology Nursing, 10(2), 96-103.

Burack, R.C., & Liang J. (1989). The acceptance and completion of mammography by older black women. American Journal of Public Health, 79(6), 721-726.

Calnan, M. (1984). The health belief model and participation in programmes for the early detection of breast cancer: A comparative analysis. Social Science and Medicine, 19(8), 823-830.

Champion, V. (1994). Relationship of age to mammography compliance. Cancer *Supplement*, 74(1), 329-335.

Costanza, M.E., Stoddard, A.M., Zapka, J.G., Gaw, V.P., & Barth, R. (1992). Physician compliance with mammography guidelines: Barriers and enhancers. Journal of the American Board of Family Pracititioners, 5,(2), 143-152.

Costanza, M.E. (1994). The extent of breast cancer screening in older women. Cancer Supplement, 74(7), 2046-2050.

Daly, M., Burke-Sands, C., James, J., Workman, S., Gillespie, D, & Engstrom, P. (1991). Determinants of breast cancer screening among older urban adults. Proceedings of the ASCO, 10, 90.

Fulton, J.P., Buechner, J.S., Scott, H.D., DeBuono, B.A., Feldman, J.P., Smith, R.A., & Kovenock, D. (1991). A study guided by the health belief model of the predictors of breast cancer screening of women ages 40 and older. Public Health Reports, 106(4), 410-420.

Given, B.A., & Keilman, L. (1990). Cancer in the elderly population: Research issues. Oncology Nursing Forum, 17(1), 121-123.

Harris, R. (1990). Screening mammography: A missed clinical opportunity? Results of the NCI breast cancer screening consortium and national health interview survey studies. Journal of the American Medical Association, 264(1), 54-58.

Kang, S.H., & Bloom, J.R. (1993). Social support and cancer screening among older black Americans. Journal of the National Cancer Institute, 85(9), 737-742.

Kaplan, K.M., Weinberg, G.B., Small, A., & Herndon, J.L. (1991). Breast cancer screening among relatives of women with breast cancer. American Journal of Public Health, 81(9), 1174-1179.

Kiefe, C.I., McKay, S.V., Halevy, A, & Brody, B.A. (1994). Is cost a barrier to screening mammography for low-income women receiving medicare benefits? A randomized trial. Archives of Internal Medicine, 154, 1217-1224.

King, E.S., Rimer, B.K., Trock, B., Balshem, A., & Engstrom, P. (1990). How valid are mammography self-reports? American Journal of Public Health, 80(11) 1386-1388.

Khojasteh, A., Westhoff, D., Chambers, J., Walker, P., & Keeney, M. (1992). Rural residents need different breast cancer screening strategies. American Society of Clinical Oncology, 11, 144.

Lobell, M., Bay, C., Rhoads, K., & Keske, K. (1994). Barriers to cancer screening in Hispanic women. Proceedings of American Society of Clinical Oncology, 13, 169.

McBride, C.M., Curry, S.J., Taplin, S., Anderman, C., & Grothaus, L. (1993). Exploring environmental barriers to participation in mamography screening in an HMO. Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention, 2, 599-605.

McPhee, S.J., Bird, J.A., Jenkins, C.N.H., & Fordham, D. (1989). Promoting cancer screening: A randomized controlled trial of three interventions. Archives of Internal Medicine, 149, 1866-1872.

Meissner, H.I., Bergner, L., & Marconi, K.M. (1992). Developing cancer control capacity in state and local public health agencies. Public Health Reports, 107(1), 15-23.

Morra, M.E., & Blumberg, B.D. (1991). Women's perceptions of early detection of breast cancer: How are we doing? Seminars in Oncology Nursing, 7(3), 151-160.

Murray, M., & McMillan, C. (1993). Health beliefs, locus of control, emotional control and women's cancer screening behaviour. British Journal of Clinical Psychology, 32, 87-100.

Perrault, D.J., Shedden, S., Billey, B., Chart, P., Greenberg, M., Hassign, S., Libstug, A., & Thoms, J. (1994). Knowledge, attitudes and beliefs of women about breast screening-Preliminary results of a survey of women aged 50 to 69. Proceedings of American Society of Clinical Oncology, 13, 171.

Rakowski, W., Fulton, J.P., & Feldman, J.P. (1993). Women's decision making about mammography: A replication of the relationship between stages of adoption and decisional balance. Health Psychology, 12(3), 209-214.

Rakwoski, W., Dube, C.E., Marcus, B.H., Prochaska, J.O., Velicer, W.F., & Abrams, D.B. (1992). Assessing elements of women's decisions about mamography. Health Psychology, 11(2), 111-118.

Reding, D., Lappe, K., & Huber, J. (1994). A breast health education intervention for rural public health professionals. Proceedings of American Society of Clinical Oncology, 13, 92.

Rimer, B.K. (1994). Interventions to increase breast screening: Lifespan and ethnicity issues. Cancer *Supplement*, 74(1), 323-328.

Roberson, N.L. (1994). Breast cancer screening in older black women. Cancer *Supplement*, 74(7), 2034-2041.

Rubenstein, L. (1994). Strategies to overcome barriers to early detection of cancer among older adults. Cancer *Supplement*, 74(7), 2190-2193.

Saint-Germain, M.A., Bassford, T.L., & Montano, G. (1993). Surveys and focus groups in health research with older hispanic women. Qualitative Health Research, 3(3), 341-367.

Schoen, R.E., Marcus, M., & Braham, R.L. (1994). Factors associated with the use of screening mammography in a primary care setting. Journal of Community Health, 19(4), 239-252.

Sickle-Santanello, B.J., & Laufman, L. (1992). Epidemiology of voluntary cancer screening. Proceedings of American Society of Clinical Oncology, 11, 145.

Stein, J.A., Fox, S.A., & Murata, P.J. (1991). The influence of ethnicity, socioeconomic status, and psychological barriers on use of mammography. Journal of Health and Social Behavior, 32(June), 101-113.

Sung, J.F.C., Coates, R.J., Williams, J.E., Liff, J.M., Greenberg, R.S., McGrady, G.A., Avery, B.Y., & Blumenthal, D.S. (1992). Cancer screening intervention among black women in inner city Atlanta - Design of a study. Public Health Reports, 107(4), 381-388.

Whitman, S., Ansell, D., Lacey, L., Chen, E.H., Ebie, N., Dell, J., & Phillips, C.W. (1991). Patterns of breast and cervical cancer screening at three public health centres in an inner-city urban area. American Journal of Public Health, 81(12), 1651-1653.

Willis, J. (1990). Resulting fears. Nursing Times, 86(8), 16-17.

Zapka, J.G., Costanza, M.E., Harris, D.R., Hosmer, D., Stoddard, A., Barth, R., & Gaw, V. (1993). Impact of a breast cancer screening community intervention. Preventative Medicine, 22, 34-53.

Zapka, J.G., Hosmer, D., Costanza, M.E., Harris, D.R., & Stoddard, A. (1992). Changes in mammography use: Economic, need, and service factors. American Journal of Public Health, 82(10), 1345-1351.

Zapka, J.G., Harris, D.R., Stoddard, A.M., & Costanza, M.E. (1991). Validity and reliability of psycholsocial factors related to breast cancer screening. Evaluation & the Health Professions, 14(3), 356-367.

RIsque de maladies cardiovasculaires

Bone, L.R., Mamon, J., Levine, D.M., Walrath, J.M., Nanda, J., Gurley, H.T., Noji, E.K., & Ward, E. (1989). Emergency department detection and follow-up of high blood pressure. American Journal of Emergency Medicine, 7(1), 16-20.

Brunt, J.H., & Love, E.J. (1992). Evaluation of hypertension screening in the Hutterite population. Research in Nursing & Health, 15, 103-110.

Bush, P.J., Zuckerman, A.E., Taggart, V.S., Theiss, P.K., Peleg, E.O., & Smith, S.A. (1989). Cardiovascular risk factor prevention in black school children: The «Know Your Body» evaluation project. Health Education Quarterly, Summer, 315-227.

Carmon, M., Hauber, R.P., Howell, C., & Rice, M. (1990). Cardiovascular screening programs: Implications for school nurses. Pediatric Nursing, 16(5), 509-511.

Cowell, J.M., Montgomery, A.C., & Talashek, M.L. (1989). Cardiovascular risk assessment in school-age children: A school and community partnership in health promotion. Public Health Nursing, 6(2), 67-73.

Davidson, D.M., Van Camp, J., Iftner, C.A., Landry, S.M., Bradley, B.J., & Wong, N.D. (1991). Family history fails to detect the majority of children with high capillary blood total cholesterol. Journal of School Health, 61(2), 75-80.

Gold, M.R., & Franks, P. (1990). The social origin of cardiovascular risk: An investigation in a rural community. International Journal of Health Services, 20(3), 405-416.

Gordon, R.L., King, M.J., & Whelton, P.K. (1990). Community cholesterol screening. Archives of Internal Medicine, 150, 1957-1960.

Heywood, A., Ring, I., Sanson-Fisher, R., & Mudge, P. (1994). Screening for cardiovascular disease and risk reduction counselling behaviours of general practitioners. Preventive Medicine, 23, 292-301.

Kreidler, M.C., Campbell, J., Lanik, G., Gray, V.R., & Conrad, M.A. (1994). Community elderly: A nursing center's use of change theory as a model. Journal of Gerontological Nursing, January, 25-30.

Lauer, R.M., & Clarke, W.R. (1990). Use of cholesterol measurements in childhood for the prediction of adult hypercholesterolemia. Journal of the American Medical Association, 264(23), 3034-3038.

Lefebvre, R.C., Linnan, L., Sundaram, S., & Ronan, A. (1990). Counseling strategies for blood cholesterol screening programs: Recommendations for practice. Patient Education and Counseling, 16, 97-108.

Leigh, B., Cuisinger, D., & Fech, J. (1989). Blood pressure screening in the workplace. American Journal of Occupational Health Nurses, 37(1), 14-17.

Linnan, L.A., Gans, K.M., Hixson, M.L., Mendes, E., Longpre, H., & Carleton, R.A. (1990). Training health professionals and lay volunteers to deliver cholesterol screening and education programs. Public Health Reports, 105(6), 589-598.

Motley, C.P., Linder, M.L., Crump, W.J., & Pierce, P.J. (1992). Screening for hypercholesterolemia, hypertension, and cervical cancer: Practical applications of the USPSTF recommendations. Consultant, May, 102-110.

Murdaugh, C.L., & Verran, J.A. (1987). Theoretical modeling to predict physiological indicants of cardiac preventative behaviours. Nursing Research, 36(5), 284-291.

Newman, T.B., Browner, W.S., & Hutley, S.B. (1990). The case against childhood cholesterol screening. Journal of the American Medical Association, 264(23), 3039-3053.

O'Brien, S. (1991). Panel recommends blood cholesterol health screening and education guidelines for children and adolescents. American Association of Occupational Health Nurses Journal, 39(6), 396.

Stovsky, B. (1992). Nursing interventions for risk factor reduction. Nursing Clinics of North America, 27(1), 257-270.

Wandel, J.C., Ivkovic, C., & Morocco, Y. (1990). Screening for newly elevated blood pressure in an emergency unit setting. Public Health Reports, 3(3), 122-124.

Wones, R.G., Kerman, K.M., Hissa, D.C., & Stein, E.A. (1989). Comparisons of referral criteria for public screenign of blood cholesterol levels. Public Health Reports, 104(5), 425-432.

Cancer du col utérin

Arraiz, G.A., Wigle, D.T., & Mao, Y. (1990). Is cervical cancer increasing among young women in Canada? Canadian Journal of Public Health, 81 , 396-397.

Carney, P., Dietrich, A.J., & Freeman, D.H. (1992). Improving future preventive care through educational efforts at a women's community screening program. Journal of Community Health, 17(3), 167-174.

Cockburn, J., Hirst, S., Hill, D., & Marks, R. (1990). Increasing cervical screening in women of more than 40 years of age: an intervention in general practice. The Medical Journal of Australia, 152. 190-194

Deschamps, M., Band, P.R., Hislop, T.G., Clarke, H.F., Smith, J.M., & Ng, V.T.Y.(1992) Barriers to cervical cytology screening in native women in British Columbia. Cancer Detection and Prevention, 16, 337-339.

Eddy, D.M. (1990). Screening for cervical cancer. Annals of Internal Medicine, 113, 214-226.

Elkind, S.K., Haran, D., Eardley, A., & Spencer, B.(1987). Computer-managed cervicalcytology screning: a pilot study of non-attenders. Public Health, 101, 253-266.

Elkind, A., Eardley, A., Haran, D., Spencer, B., & Smith, A. (1989). Computer-managed call and recall for cervical screening: a typology of reasons for non-attendance. Community Medicine, 11(2), 157-162.

Gillam, S.J. (1991) Understanding the uptake of cervical cancer screening: the contribution of the health belief model. British Journal of General Practice, 41, 510-513

Harlan, L.C., Bernstein, A.B., & Kessler, L.G. (1991). Cervical cancer screening: Who is not screened and why? American Journal of Public Health, 81(7), 885-890.

Henning, P., & Knowles, A. (1990). Factors influencing women over 40 years to take precautions against cervical cancer. Journal of Applied Social Psychology, 20(19), 1612-1621

Hill, D., Gardner, G., & Rassaby, J.(1985). Factors predisposing women to take precautions against breast and cervix cancer. Journal of Applied Social Psychology, 15(1), 59-79.

Kirkman-Liff, B., & Kronenfeld, J.J. (1992). Access to cancer screening services for women. American Journal of Public Health, 82(5), 733-735.

Lerman, C., Caputo, C., & Brody, D. (1990). Factors associated with inadequate cervical cancer screening among lower income primary care patients. Journal of the American Board of Family Practitioners, 3(3), 151-156.

Lutz, M.E. (1989). Women, work, and preventive health care: An exploratory study of the efficacy of HMO membership. Women & Health, 15(1), 21-33.

Mandelblatt, J.S., & Fahs, M.C. (1988). The cost-effectiveness of cervical cancer screening for low-income elderly women. Journal of the American Medical Association, 259(16), 2409-2413.

Marcus, A.C., Crane, L.A., Kaplan, C.P., Goodman, K.J., Savage, E., & Gunning, J. (1990). Screening for cervical cancer in emergency centers and sexually transmitted disease clinics. Obstetrics and Gynecology, 75(3) 453-455.

Miller, A.B., Anderson, G., Brisson, J., Laidlaw, J., Le Pitre, N., Malcolmson, P., Mirwaldt, P., Stuart, G., & Sullivan, W. (1991). Report of a national workshop on screening for cancer of the cervix. Canadian Medical Association Journal, 145(10), 1301-1325.

Norman, S.A., Talbott, E.O., Kuller, L.H., Krampe, B.R., & Stolley, P.D. (1991). Demographic, psychosocial, and medical correlates of pap testing: A literature review. American Jouranal of Preventive Medicine, 7(2), 19-21.

Palos, G. (1994). Cultural heritage: Cancer screening and early detection. Seminars in Oncology Nursing, 10(2), 104-113.

Peters, R.K., Bear, M.B., & Thomas, D. (1989). Barriers to screening for cancer of the cervix. Preventive Medicine, 18, 133-146.

Polednak, A.P., Flannery, J.T., & Janerich, D.T. (1991). Cervical Cancer rates by population size of towns: Implications for cancer control programs. Journal of Community Health, 16(6), 315-323.

Ross, F. (1991). The screening debate. Nursing Times, 87(26), 59-62.

Skubi, D. (1988). Pap smear screening and cervical pathology in an American Indian population. Journal of Nurse-Midwifery, 33(5), 203-207.

Spurlock, C., Nadel, M., & McManmon, E. (1992). Age and pap smear history as a basis for intervention strategy. Journal of Community Health, 17(2), 97-107.

Sung, J.F.C., Coates, R.J., Williams, J.E., Liff, J.M., Greenberg, R.S., McGrady, G.A., Avery, B.Y., & Blumenthal, D.S. (1992). Cancer screening intervention among black women in inner-city Atlanta: Design of a study. Public Health Reports, 107(4), 381-388.

Sweet, L., Tesch, M., Dryer, D., & McAleer, C. (1991). Étude des antécédents d'examen cytologique du col de l'utérus à l'Île-du-Prince-Édouard chez les femmes pour lesquelles on a diagnostiqué un cancer du col, 1981-1986. Maladies chroniques au Canada, janvier, 1-3.

Yoder, L., & Rubin, M. (1992). The epidemiology of cervical cancer and its precursors. Oncology Nursing Forum, 19(3), 485-493.

Cancer colorectal

Barry, M.J., Mulley, A.G., & Richter, J.M. (1987). Effect of workup strategy on the cost-effectiveness of fecal occult blood screening for colorectal cancer. Gastrenterology, 93, 301-310.

ddy, D.M. (1990). Screening for colorectal cancer. Annals of Internal Medicine, 113(5), 373-384.

Gregorio, D.I., Lolachi, P, & Hansen, H. (1992). Detecting colorectal cancer with a large scale fecal occult blood testing program. Public Health Reports, 107(3), 331-335.

Houlston, R.S., Murday, V., Harocopos, C., Williams, C.B., & Slack, J. (1990). Screening and genetic counselling for relatives of patients with colorectal cancer in a family cancer clinic. British Medical Journal, 301, 366-368.

Hoogewerf, P.E., Hislop, G., Morrison, B.J., Burns, S.D., & Sizto, R. (1990). Health belief and compliance with screening for fecal occult blood. Social Science and Medicine, 30(6), 721-726.

Lieberman, D. (1994). Screening/early detection model for colorectal cancer. Cancer *Supplement*, 74(7), 2023-2027.

Mandel, J.S., Bond, J.H., Church,T.R., Snover, D.C., Bradley, M., Schuman, L.M., & Ederer, F. (1993). Reducing mortality from colorectal cancer by screening for fecal occult blood. The New England Journal of Medicine, 328(19), 1365-1371.

Molgaard, C.A., Ryden, A., Robin, H., Gresham, L., Elder, J.P., & Scutchfield, F.D. (1990). A public health evaluation of a population-based colorectal cancer education and screening program. Health Education, 21(3), 49-52.

Price, J.H. (1993). Perceptions of colorectal cancer in a socioeconomically disadvantaged population. Journal of Community Health, 18(6), 347-362.

Ransohoff, D.F. (1994). The case for colorectal cancer screening. Hospital Practice, August, 25-32.

Ransohoff, D.F., Lang, C.A., & Kuo, S. (1991). Colonoscopic surveillance after polypectomy: considerations of cost effectiveness. Annals of Internal Medicine, 114(3), 177-182.

Sakamoto, K., Muratani, M., Ogawa, T., & Nagamachi, Y. (1991). Colon cancer screening by a new test: A prospective study of asymptomatic population. Clinical Investigation 999. Proceedings of the American Association for Cancer Research, 32, 168.

Wagner, J.L., Herdman, R.C., & Wadhwa, S. (1991). Cost effectiveness of colorectal cancer screening in the elderly. Annals of Internal Medicine, 115(10), 807-817.

Weinrich, S.P., Weinrich, M.C., Boyd, M.D., Johnson, E., & Frank-Stromborg, M. (1992). Knowledge of colorectal cancer among older persons. Cancer Nursing, 15(5), 322-330.

Winawer, S.J., Schottenfeld, D., Flehinger, B.J. (1991). Colorectal cancer screening. Journal of the National Cancer Institute, 83(4), 243-253.

VIH

Blumberg, M., & Langston, D. (1991). Mandatory HIV testing in criminal justice settings. Crime & Delinquency, 37(1), 5-18.

Brandeau, M.L., Owens, D.K., Sox, C.H., & Wachter, R.M. (1992). Screening women of childbearing age for human immonodeficiency virus: A cost-benefit analysis. Archives of Internal Medicine, 152, 2229-2237.

Erickson, B., Wasserheit, J.N., Rompalo, A.M., Brathwaite, W., Glasser, D., & Hook, E.W. (1990). Routine voluntary HIV screening in STD clinic clients: Characterization of infected clients. Sexually Transmitted Diseases, 17(4), 194-199.

Fehrs, L.J., Hill, D., Kerndt, P.R., Rose, T.P., & Hennerman, C. (1992). Targeted HIV screening at a Los Angeles prenatal/family planning health center. American Journal of Public Health, 81,(5), 619-622.

Goldberg, J.E. (1992). AIDS: Social work and mandatory screening. Health and Social Work, 17(4), 308-312.

Hamblin, J., & Somerville, M.A. (1991). Surveillance and reporting of HIV infection and AIDS in Canada: Ethics and law. University of Toronto Law Journal, 41, 224-246.

Harris, R.L., Boisaubin, E.V., Salyer, P.D., & Semands, D.F. (1990). Evaluation of a hospital admission HIV antibody voluntary screening program. Infection Control and Hospital Epidemiology, 11(12), 628-634.

Hussain, A., Rizvi, A., Sattar, A., Ahmed, M., Augustin, G., & Savona, S. (1994). Pap smear findings in an HIV clinic in area of high heterosexual transmission of AIDS. Proceedings of American Society of Clinical Oncology, 13, 53.

Janssen, R.S., St. Louis, M.E., Satten, G.A., Critchley, S.E., Petersen, L.R., Stafford, R.S., Ward, J.W., Hanson, D.L., Olivo, N., Schable, C.A., Dondero, T.J., & the Hospital, HIV Surveillance Group. (1992). HIV infection among patients in U.S. acute care hospitals: Strategies for the counseling and testing of hospital patients. The New England Journal of Medicine, 327(7), 445-452.

Jayasuriya, D.C. (1993). AIDS-related legislative strategies relating to women and infants. International Journal of Law and the Family, 7, 1-17.

Levine, C., & Bayer, R. (1989). The ethics of screening for early intervention in HIV disease. American Journal of Public Health, 79(12), 1661-1667.

McBride, D.C., & Inciardi, J.A. (1990). AIDS and the IV drug user in the criminal justice system. The Journal of Drug Issues, 20(2), 267-280.

Moss, A.R., & Vranizan, K. (1992). Charting the epidemic: The case study of HIV screening of injecting drug users in San Francisco, 1985-1990. British Journal of Addiction, 87, 467-471.

Nahmias, S., & Feinstein, C.D. (1990). Screening strategies to inhibit the spread of AIDS. Socio-Economic Planning Sciences, 24(4), 249-260.

Rhame, F.S. (1990). Hospital-based routine HIV testing programs. Infection Control and Hospital Epidemiology, 11(12), 625-627.

Unkle, D.W. (1990). Mandatory HIV testing in critical care/emergency patients. Critical Care Nurse, 10(10), 22-25.

Cancer de la prostate

Berger, N.S. (1993). Prostate cacer: Screening and early detection update. Seminars in Oncology Nursing, 9(3), 180-183.

Carlsson, P., Pedersen, K.V., & Varenhorst, E. (1990). Costs and benefits of early detection of prostatic cancer. Health Policy, 16, 241-253.

Chodak, G.W., Keller, P., & Schoenberg, H.W. (1989). Assessment of screening for prostate cancer using the digital rectal examination. The Journal of Urology, 141, 1136-1138.

Crawford, E.D., DeAntoni, E.P., Stone, N.N., Blum, D.S. (1993). Prostate cancer awareness week, 1989-1992: Lessons in the early detection of prostate cancer. Proceedings of American Society of Clinical Oncology, 12, 245.

Crawford, E.D., DeAntoni, E.P., (1994). Benefits and challenges of early detection of prostate cancer (CaP) in older men. Proceedings of American Society of Clinical Oncology, 13, 241.

Dillman, R.O., Brinton, J.A., MacDonald, S.A., Auerbach,S.M., Farrer, J.F., Freedman, A.M., Hanna, J.E., Hart, J.B., Scheiner, J.R., Solomon, R.S., Williams, D.F., Williams, T., & Winn, S. (1991). Prostate cancer screening in a comprehensivecommunity cancer center. Proceedings of American Society of Clinical Oncology, 10, 89.

Gittes, R.F. (1991). Carcinoma of the prostate. The New England Journal of Medicine, 324(4), 236-245.

Hinman, F. (1991). Screening for prostate carcinoma. The Journal of Urology, 145, 126-130.

Littrup, P.J., Goodman, A.C., Mettlin, C.J., & The Investigators of the American Cancer Society-National Prostate Cancer Detection Project. (1993). The benefit and cost of prostate cancer early detection. A Cancer Journal for Clinicians, 43(3), 134-149.

Marshall, K.G. (1993). Screening for prostate cancer. Canadian Family Physician, 39, 2385-2390.

Martin, J.P. (1991). Transrectal ultrasound: A new screening tool for prostate cancer. American Journal of Nursing, February, 69.

Martin, J.P. (1990). Male cancer awareness: Impact of an employee education program. Oncology Nursing Forum, 17(1), 59-64.

Mettlin, C., Jones, G., Averette, H., Gusberg, S.B., & Murphy, G.P. (1993). Defining and updating the American Cancer Society guidelines for the cancer-related checkup: Prostate and endometrial cancers. A Cancer Journal for Clinicians, 43, No. 1, 42-46.

Millon-Underwood, S. (1992). Factors influencing early detection of prostate cancer. Applied Planning Perspectives, 23(5), 30-31.

Maladies transmises sexuellement

Begley, C.E., McGill, L., & Smith, P.B. (1989). The incremental cost of screening, diagnosis and treatment of gonorrhea and chlamydia in a family planning clinic. Sexually Transmitted Diseases, 16(2), 63-67.

Donovan, P. (1991). Family planning Clinics: Facing higher costs and sicker patients. Family Planning Perspectives, 23(5), 198-203.

Hutcheson, D., Tucker, T., Mayfield, J., Parker, C., Gonzales, A., Yacovone, P., Stinson, R., Mims, L., Stokes, G., Farris, J.R. (1993). Selective screening to augment syphilis case-finding - Dallas, 1991. MMWR, 42(22), 424-427.

Kaplan, J.E., Meyer, M., & Navin, J. (1989). Chlamydia trachomatis infection in a male college population. College Health, 37, 159-161.

Moy, J.G., & Clasen, M.E. (1990). The patient with gonococcal infection. Sexually Transmitted Diseases, 17(1), 59-83.

Rietmeijer, C.A.M., Judson, F.N., Van Hensbroek, M.B., Ehret, J.M., & Douglas, J.M. (1991). Unsuspected chlamydia trachomatis infection in heterosexual men attending a sexually transmitted diseases clinic: Evaluation of risk factors and screening methods. Sexually Transmitted Diseases, 18(1), 28-35.

Robertson, D.I., Megran, D.W., Duggan, M.A., McGregor, S.E., & Stuart, G.C.E. (1991). Cervico-vaginal screening in an STD clinic. Canadian Journal of Public Health, 82, 264-266.

Théorie

Ajzen, J. (1985). From intentions to actions: A theory of planned behaviour. In J. Kuhland & J. Beckman (Eds.), Action-control: From cognitions to behaviour, (pp.11-39). Heidelberg: Springer.

DiClemente, C.C., Prochaska, J.O., Fairhurst, S.K., Velicer, W.F., Velasques, M.M., & Rossi, J.S. (1991). The process of smoking cessation: An analysis of precontemplation, contemplation, and preparation stages of change. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59(2), 295-304.

Flay, B.R., & Petraitis, J. (1993).The theory of triadic influence: An integrative model of substance abuse. Manuscrit inédit.

Glanz, K., Lewis, F.M., & Rimer, B. (Eds.). (1990). Health behaviour and health education: Theory research and practice. San Francisco: Jossey-Bass Inc..

Houshyar, A., & Al-Khayyal, F.A. (1990). A mathematical model for scheduling screening tests for progressive diseases. Socio-Economic Planning Sciences, 24(3), 187-197.

Janz, N.K., & Becker, M.H. (1984). The health belief model: A decade later. Health Education Quarterly, 11(1), 1-47.

Murdaugh, C., & Hinshaw, A.S. (1986). Theoretical model testing to identify personality variables effecting preventive behaviors. Nursing Research, 35(1), 19-23.

Prochaska, J.O., & DiClemente, C.C. (1986). Toward a comprehensive model of change. In W. Miller & N. Heather (Eds.). Treating Addictive Behaviours. NY: Plenum

Rosenstock, I.M., Strecher, V.J, & Becker, M.H. (1988). Social learning theory and the health belief model. Health Education Quarterly, 15(2), 175-183.

Thurston, W.E. (1991). Development and formative evaluation of a decision-management health promotion program on healthy weights for women. Thèse de doctorat inédite, The University of Calgary.

Ouvrages généraux

American Cancer Society. (1990). 1989 Survey of physicians' attitudes and practices in early cancer detection. CA-A Cancer Journal for Clinicians, 40(2), 77-101.

Batt, S. (1994). Patient no more: The politics of breast cancer. Charlottetown, PEI: gynergy books.

Blackwell, B.L., & Cartwright, L.K. (1988). Program consulation with human service programs: A clinical perspective. Oakland, CA: Third Part Publishing Co.

Bloom, J.R. (1994). Early detection of cancer: Psychologic and social dimensions. Cancer, 74(4), 1464-1473.

Campbell, D.T. & Stanley, J.C. (1963). Experimental and quasi-experimental designs for research. Palo-Alto, CA: Houghton Mifflin Co.

Edwards, N.C. (1992). Important considerations in the use of ethnicity as a study variable. Canadian Journal of Public Health, 83(1), 31-33.

Fuller, E. (1985). Using the cancer screening protocols. Patient Care, February, 14-21.

Groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique. (1994). Guide canadien de médecine clinique préventive. Ottawa : Groupe Communication Canada.

Halvorson, H.W., Cohen, S.J., Brekke, K.L., McClatchey, M.W., & Cohen, M.M. (1993). Process evaluation of a system (partners for prevention) for prevention-oriented primary care. Evaluation & the Health Professions, 16(1), 96-105.

Lantz, P.M., Dupuis, L, Reding, D., Krauska, M, & Lappe, K. (1994). Peer discussions of cancer among hispanic migrant farm workers. Public Health Reports, 109(4), 512-520.

Louis Harris and Associates, & Westin, A.F. (1992). The Equifax Canada report on consumers and privacy in the information age. New York, NY: Louis Harris and Associates Inc. (630 Fifth Ave., NY NY, 1011).

Masi, R., Mensah, L, & McLeod, K.A. (1995). Health and cultures. Exploring the relationships: Policies, professional practice and education. Oakville, Ont.: Mosaic Press.

McPhee, S., Richard, R., Bird, J., Solkowitz, S., & Jenkins, C. (1985). Reasons physicians do not perform cancer screening. Clincal Research, 33(2), 727A.

Palos, G. (1994). Cultural heritage: Cancer screening and early detection. Seminars in Oncology Nursing, 10(2), 104-113.

Pederson, A., O'Neill, M., & Rootman, I. (1994). Health promotion in Canada: Provincial, national & international perspectives. Toronto, Ont.: W.B. Saunders.

Shiffman, S., Cassileth, B.R., Black, B.L., Buxbaum, J., Celentano, D.D., Corcoran, R.D., Gritz, E.R., Laszlo, J., Lichenstein, E., Pechacek, T.F., Prochaska, J., & Scholefield, P.G.. (1991). Needs and recommendations for behaviour research in the prevention and early detection of cancer. Cancer, 67, 800-804.

Thurston, W.E., Burgess, M.M., Bischoff, C.E. (1995). Ethical issues in the use of computerized databases for epidemiological and other health research. Manuscrit soumis pour publication.

Warren, B., & Pohl, J.M. (1990). Cancer screening practices of nurse practitioners. Cancer Nursing, 13(3), 143-151.

balegui, A. (1994). Ageing Matters. Nursing Times, 90(1), 58-61.

Annexe A
Cadres et modèles théoriques

Modèle de croyance face à la santé

Le Modèle de croyance face à la santé (HBM) a été élaboré dans les années 1950 pour décrire et prédire certains comportements individuels associés à la santé. Ce modèle a été conçu par le personnel de l'*U.S. Public Health Service* après qu'on eut observé qu'un nombre croissant de personnes ne participaient pas aux programmes de dépistage et de détection précoce qui étaient peu coûteux ou gratuits.

Ce modèle s'inspire de la psychologie ainsi que de la théorie du comportement. Les déterminants du comportement dépendent de deux principales variables : 1) l'importance accordée par une personne à un objectif particulier et 2) la probabilité, selon elle, qu'une action donnée permette d'atteindre cet objectif (Janz et Becker, 1984).

Plus précisément, le HBM comporte quatre dimensions fondamentales :

La susceptibilité perçue ou la perception subjective du risque de contracter une maladie.

La gravité perçue ou l'idée qu'une personne se fait des conséquences d'une maladie ou d'un trouble.

Les avantages perçus ou la croyance que la mesure favorisant la santé qui est recommandée peut être adoptée et est efficace.

Les entraves perçues ou la perception des effets négatifs ou délétères d'une mesure de santé particulière.

Les facteurs qui suivent peuvent influer sur ces dimensions :

Les caractéristiques démographiques, qui renvoient à l'effet direct de l'âge, du sexe, de la race et de l'origine ethnique sur la décision d'adopter ou non un comportement donné.

Les facteurs psycho-sociaux, notamment l'influence des groupes sociaux et des groupes de pairs ainsi que l'effet de la situation socio-économique.

Les facteurs structuraux liés à la connaissance qu'a une personne de la maladie ou à son exposition antérieure à cette maladie.

L'incitation à l'action qui englobe les forces internes et externes qui peuvent favoriser l'adoption d'un comportement favorable à la santé.

Janz, N.K., & Becker, M.H. (1984). The health belief model: A decade later. Health Education Quarterly, 11(1), 1-47.

Modèle des étapes du changement

Le Modèle des étapes du changement a été mis au point en 1984 à l'issue d'une réunion d'un groupe de chercheurs, de théoriciens et de thérapeutes. L'objectif de cette réunion était de concevoir un modèle général du changement qui pourrait s'appliquer au traitement de la dépendance. Le modèle à trois dimensions qui a été élaboré intègre *des étapes, des mécanismes et des niveaux de changement*.

Les quatre *étapes du changement* sont la précontemplation, la contemplation, l'action et le maintien. La progression à travers ces diverses étapes n'est souvent pas linéaire mais cyclique et ponctuée de nombreux retours avant que l'individu n'arrive à l'étape du maintien.

Les *mécanismes du changement* ont trait aux événements et aux activités qui peuvent réussir à modifier le comportement. Au nombre des mécanismes de changement décrits dans cette théorie figurent la sensibilisation, la libération individuelle, la libération sociale, le contre-conditionnement, le contrôle du stimulus, l'auto-réévaluation, la réévaluation de l'environnement, la gestion des crises, le soulagement dramatique et les relations d'aide.

Les *niveaux de changement* sont représentés par une échelle comportant cinq niveaux intimement liés de problèmes psychologiques pris en compte dans le traitement :
1) symptôme/situation, 2) activités cognitives mésadaptées, 3) conflits interpersonnels actuels, 4) conflits avec la famille ou le système et 5) conflits intrapersonnels. Plus on descend dans l'échelle, moins l'individu est conscient du problème et plus la thérapie requise est complexe.

En résumé, dans cette approche qui intègre plusieurs théories, on applique les mécanismes du changement à quatre étapes du changement selon la gravité du problème du client.

Prochaska, J.O., & DiClemente, C.C. (1986). Toward a comprehensive model of change. In W. Miller & N. Heather (Eds.). Treating Addictive Behaviours. NY: Plenum

DiClemente, C.C., Prochaska, J.O., Fairhurst, S.K., Velicer, W.F., Velasques, M.M., & Rossi, J.S. (1991). The process of smoking cessation: An analysis of precontemplation, contemplation, and preparation stages of change. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59(2), 295-304.

Théorie de l'apprentissage social (rebaptisée Théorie sociale cognitive)

Dans la Théorie de l'apprentissage social (SLT), le comportement est fonction de la probabilité subjective qu'une action donnera un résultat (*expectation*) et de la valeur subjective attachée à ce résultat (*stimulations*). Le comportement est régi par des *stimulations*, et la façon dont l'individu interprète et comprend ces stimulations détermine son comportement.

Il existe trois types d'*expectation* :

1. l'expectation face à l'environnement ou la façon dont les événements sont liés;
2. l'anticipation du résultat ou les conséquences de ses actes;
3. l'efficacité personnelle ou l'aptitude à influencer les résultats.

Rosenstock, I.M., Strecher, V.J., & Becker, M.H. (1988). Social learning theory and the health belief model. Health Education Quarterly, 15(2), 175-183.

Théorie de l'action raisonnée

Ce modèle repose sur la prémisse selon laquelle l'être humain se comporte habituellement de façon rationnelle, prend en considération l'information disponible et tient compte de façon implicite ou explicite des répercussions de ses actes. L'un des principes de base de cette théorie est que l'intention d'une personne d'adopter ou non un comportement est le déterminant immédiat de ce comportement. Plus il s'écoule de temps entre la naissance de l'intention et l'adoption du comportement, plus des événements imprévisibles risquent de modifier les intentions. Il existera donc habituellement une relation inverse entre l'exactitude d'une prédiction et l'intervalle de temps entre la mesure de l'intention et l'observation du comportement. De nombreuses caractéristiques de l'individu peuvent influer sur l'exécution de l'action projetée, notamment la maîtrise générale de ses actes, la source de détermination, les habiletés, l'information, la volonté, les émotions et les compulsions.

Ajzen, J. (1985). From intentions to actions: A theory of planned behaviour. In J. Kuhland & J. Beckman (Eds.), Action-control: From cognitions to behaviour, (pp.11-39). Heidelberg: Springer.

La théorie de l'influence triadique

La Théorie de l'influence triadique (TTI) montre comment les constructions issues d'autres théories du comportement sont intimement liées et décrit de façon détaillée les mécanismes par lesquels elles influent sur les comportements liés à la santé. Même si cette théorie a été expressément conçue pour expliquer les comportements associés aux toxicomanies, elle peut être appliquée à d'autres comportements liés à la santé.

Cette théorie s'inspire de trois courants d'influence.

Les *influences sociales et normatives*. Elles proviennent du réseau social formé des proches de la personne et culminent dans les croyances normatives de celle-ci.

Les influences culturelles ou liées aux attitudes. Elles proviennent de l'environnement culturel général et culminent dans les attitudes, les attentes et les évaluations de l'individu quant aux conséquences psychologiques, juridiques, financières et sociales d'un acte.

Les *influences intrapersonnelles*. Elles englobent les dispositions innées, les caractéristiques de la personnalité, les états affectifs et les habiletés comportementales qui contribuent à la compétence et à l'efficacité personnelle.

Cette théorie reconnaît qu'il existe des mécanismes d'influence à l'intérieur d'un même courant et d'un courant à l'autre.

Flay, B.R., & Petraitis, J. (1993).The theory of triadic influence: An integrative model of substance abuse. Manuscrit inédit.

Annexe B
Codes de recherche utilisés pour le dépouillement des publications

Nous avons utilisé les stratégies de recherche suivantes pour identifier les publications incluses dans l'analyse.

Nous avons entré les termes «*screening*» et «*early detection*» et les avons combinés avec «*barriers or limitations*» pour chacune des maladies ou problèmes socio-sanitaires inclus dans le rapport. En outre, nous avons effectué une recherche distincte dans chaque base de données pour les termes «*screening protocols*» et «*health behaviours*».

Nous avons effectué ces recherches dans les bases de données suivantes : Medline (soins médicaux et de santé), Sociofile (sociologie), Cinahl (soins infirmiers et domaine paramédical), Health (administration de la santé) et CancerLit.